

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการของพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพื่อพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด เอสทียก (Acute ST elevation Myocardial Infarction; STEMI) ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร โดยดำเนินการตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2553 ถึงเดือนมีนาคม 2555 รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 21 เดือน ดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะคือ

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ การดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร นำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ไปทดลองใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร และสนทนากลุ่มเพื่อปรับปรุง 3 ครั้งแล้วทดลองใช้โปรแกรมเริ่มคงที่ผู้ปฏิบัติไม่มีข้อคิดเห็นเพิ่มเติม จึงเข้าสู่ระยะที่ 3

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลการนำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ไปใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ดำเนินการหลังจากโปรแกรมเริ่มคงที่ นำเสนอผลการวิจัย ตามลำดับดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร

ผู้วิจัยได้ศึกษาสถานการณ์ โดยการทบทวนวรรณกรรม วิเคราะห์กระบวนการ ดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ศึกษาเวชระเบียนผู้ป่วย STEMI ในปีงบประมาณ 2552 การสัมภาษณ์เจาะลึก และการสนทนากลุ่มเพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล

1.1 ผลการวิเคราะห์กระบวนการ ดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร จังหวัดชัยนาท พบว่า

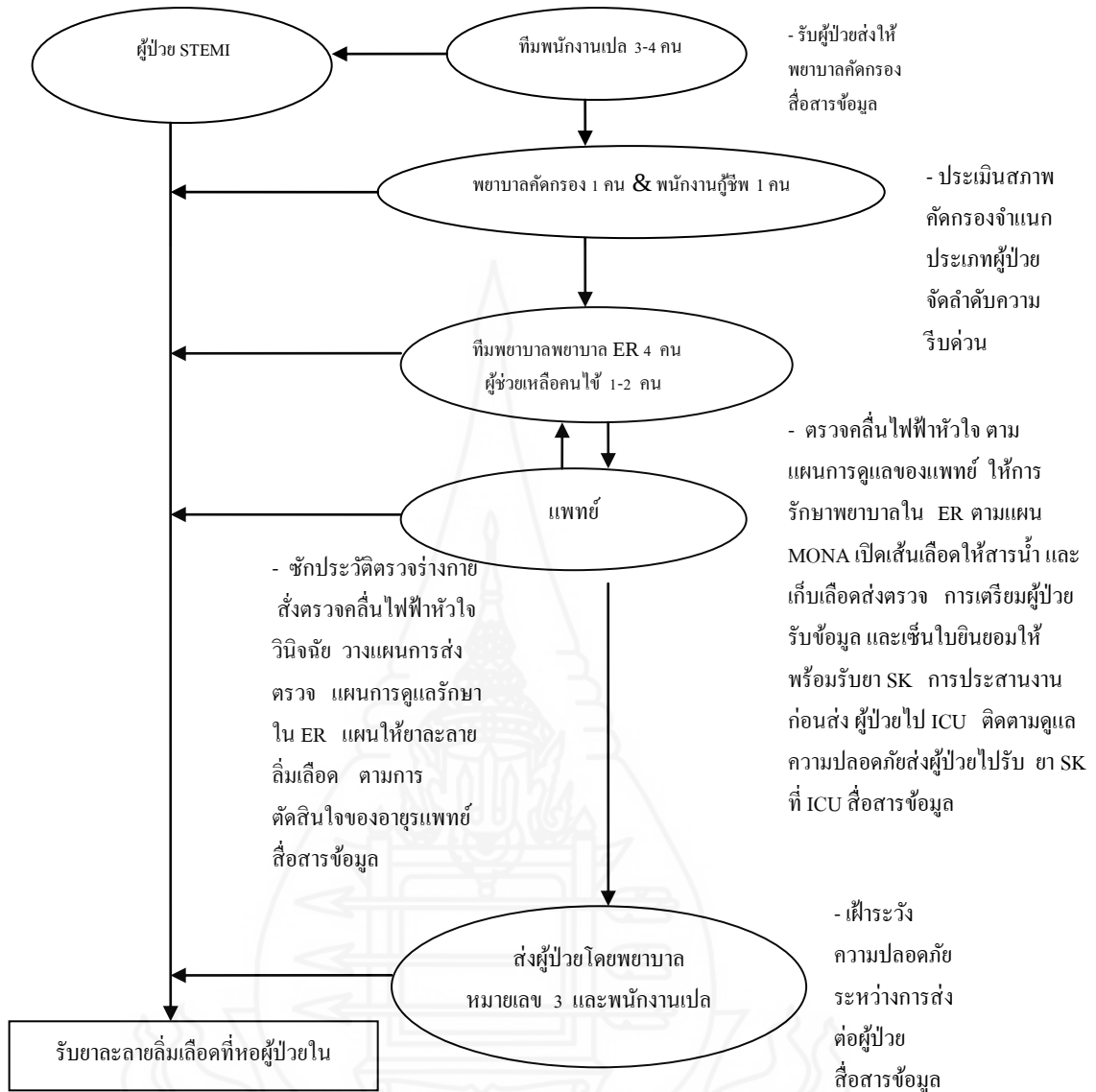
1.1.1 กระบวนการดูแลดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ดำเนินการตามแนวทางปฏิบัติของสมาคมแพทย์โรคหัวใจและ

วิทยาลัยแพทย์โรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา (ACC/AHA, 2009) ซึ่งเป็นแนวทางเดียวกับ สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ: สปสช. 2551) โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วยสาขาอายุรกรรม (Patient care team, PCT อายุรกรรม) โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร นำแนวทางปฏิบัติดังกล่าว มากำหนดข้อตกลงให้แก่หน่วยงานปฏิบัติ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 ซึ่งมีแนวทางปฏิบัติตามภาพที่ 2.4 และภาพที่ 2.5 ซึ่งภายในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินยังไม่มีแผนหรือโปรแกรมเฉพาะเพื่อรองรับ

1.1.2 กระบวนการดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประกอบด้วย การประเมินคัดกรองจำแนกประเภทผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงและความรีบด่วนในการดูแลรักษา การซักประวัติความเจ็บป่วย การค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค การตรวจ EKG รายงานผลการตรวจให้แพทย์ทราบ การรักษาพยาบาลเบื้องต้นในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การเก็บตัวอย่างเลือดส่งตรวจ การร่วมกันประเมินภาวะเสี่ยงและข้อห้ามในการให้ยาละลายลิ่มเลือด การติดต่อประสานงานเพื่อรายงานแพทย์เฉพาะทาง การให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติด้านประสิทธิผลของการดูแลรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดและความเสี่ยงของการได้รับยาละลายลิ่มเลือด การให้ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้ป่วยและ/หรือญาติ การติดต่อประสานงานกับหอผู้ป่วย ICU เพื่อพร้อมให้ยาละลายลิ่มเลือดเมื่อผู้ป่วยไปถึง

การประเมินผลสำเร็จและคุณภาพของกระบวนการดูแลผู้ป่วย STEMI ตามดัชนีชี้วัด ได้แก่ความสำเร็จทางด้านกระบวนการจัดการได้แก่ความรวดเร็วในการประเมินคัดกรอง การตรวจ EKG ภายใน 10 นาที โดยมีเป้าหมายคือ อัตราผู้ป่วย STEMI ที่แพทย์ผู้ดูแลได้รับผลการตรวจ EKG ภายใน 10 นาที ร้อยละ 100 (Door to EKG times within 10 minutes = 100 %) การดำเนินการดูแลรักษาเบื้องต้น การติดต่อประสานงาน และส่งไปรับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที โดยมีเป้าหมายคือ อัตราผู้ป่วย STEMI ได้รับการบริหารยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50 (Door to needle times within 10 minutes $\geq$ 50%) และความสำเร็จทางคลินิกได้แก่ ความปลอดภัยของผู้ป่วยหรืออัตราการตายลดน้อยลง

มีการติดตาม ทบทวนตัวชี้วัดของหน่วยงานประจำเดือน และประจำปี การตรวจสอบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วย STEMI เป็นรายกรณี เป็นต้น ซึ่งกระบวนการดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนถึงส่งไปรับยาละลายลิ่มเลือด เป็นดังภาพที่ 4.1



ภาพที่ 4.1 กระบวนการดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานอุบัติเหตุ โรงพยาบาลชั้นนาท นเรนทร ปีงบประมาณ 2552

จากภาพที่ 4.1 พบว่ากระบวนการดูแลผู้ป่วย STEMI หน่วยงานอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน โรงพยาบาลชั้นนาทนเรนทร มีบุคลากรผู้ให้บริการที่มีบทบาทสำคัญประกอบด้วย

1) พนักงานเปลเป็นผู้ให้บริการที่อยู่ด้านหน้าหน่วยงาน ซึ่งอาจพบผู้ป่วย เป็นคนแรกมีอัตราค่าถึง 17 คนหมุนเวียนปฏิบัติงาน 24 ชั่วโมง ปฏิบัติงานในเวรเช้าและเวรบ่าย เหว

ละ 4 คน และเวรตึก 3 คน มีบทบาทสลับกันรับ-ส่งผู้ป่วย ในหน่วยหน่วยงาน และระหว่างหอผู้ป่วย/หน่วยงาน

2) พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพคนแรกที่พบผู้ป่วยทั้งจากระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และในหน่วยงาน มีอัตรากำลัง 22 คน หมุนเวียนปฏิบัติงานตลอด 24 ชั่วโมง เวรเช้า และเวรบ่าย เวรละ 5 คน เวรตึก 3 คน โดยในแต่ละเวรจะได้รับมอบหมายให้มีบทบาทหน้าที่ตามหมายเลขที่กำกับดังนี้

(1) พยาบาลวิชาชีพหมายเลข 1 รับผิดชอบออกให้บริการ การแพทย์ฉุกเฉิน ร่วมกับพนักงานกู้ชีพ หากไม่มีการออกปฏิบัติการ มีบทบาทช่วยเหลือผู้ป่วยในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

(2) พยาบาลวิชาชีพ หมายเลข 2 เป็นพยาบาลวิชาชีพประสบการณ์ 3 ปี ขึ้นไป มีบทบาทเป็นหัวหน้าทีมการพยาบาล

(3) พยาบาลวิชาชีพหมายเลข 3 เป็นพยาบาลที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ประจำห้องฟีนคินชีพ

(4) พยาบาลวิชาชีพหมายเลข 4 เป็นพยาบาลที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยห้องสังเกตอาการ

(5) พยาบาลวิชาชีพหมายเลข 5 เป็นพยาบาลที่มีบทบาทในการประเมินคัดกรองจำแนกประเภทผู้ป่วย

3) พนักงานกู้ชีพ มีบทบาทช่วยเหลือพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น ภายใต้อำนาจรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพ มีอัตรากำลัง 5 คน หมุนเวียนปฏิบัติงาน 24 ชั่วโมง เวรละอย่างน้อย 1 คน

4) แพทย์ปฏิบัติการ หน่วยงานอุบัติเหตุและเหตุฉุกเฉิน หมุนเวียนปฏิบัติงานตลอด 24 ชั่วโมง และมีแพทย์เฉพาะทางสาขาอายุรกรรมอยู่เวรให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมงเช่นกัน

1.2 ผลการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย STEMI ก่อนดำเนินการวิจัยในปีงบประมาณ 2552 ระหว่างเดือน ตุลาคม 2551 ถึงเดือนตุลาคม 2552 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วย STEMI 65 ราย อัตราผู้ป่วย Door to EKG times within 10 minutes ร้อยละ 66 อัตราผู้ป่วย Door to needle times within 30 minutes ร้อยละ 13.63 อัตราตายตายร้อยละ 18.5

1.3 ผลการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินประสบการณ์ 3 ปี ขึ้นไปโดยมีข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มผู้ให้ข้อมูล

หลักในการสัมภาษณ์เจาะลึกของระยะศึกษาศาสนาการดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงาน
อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 ลักษณะส่วนบุคคล จำแนกตาม ตำแหน่งปัจจุบัน อายุ ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน
ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย STEMI จาก
สถาบันต่างๆ ของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักการสัมภาษณ์เจาะลึก

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
1. ชาย	1	16.67
2. หญิง	5	83.33
อายุ		
1. 30-35 ปี	2	33.33
2. 36-40 ปี	3	50
3. > 41 ปี	1	16.67
$\bar{X} = 39.83$ SD. = 9.06 Min = 32 Max = 57		
ตำแหน่งปัจจุบัน		
1.พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	1	16.67
2.พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	5	83.33
ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน		
1. 6-10 ปี	3	50
2. 11-15 ปี	2	33.33
3. 16-20 ปี	0	00.00
4. 21-25 ปี	1	16.67
$\bar{X} = 13.67$ SD. = 5.46 Min = 10 Max = 24		

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
วุฒิการศึกษา		
ปริญญาตรี	6	100
ปริญญาโท	0	0.00
การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI		
ไม่เคยรับการอบรม	2	33.33
อบรมโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	1	16.67
อบรมทั้งภายใน และภายนอกโรงพยาบาล	3	50

จากตารางที่ 4.1 พบว่าพยาบาลวิชาชีพกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักในการสัมภาษณ์เจาะลึกของระยะศึกษา สถานการณ์ส่วนใหญ่ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการคิดเป็นร้อยละ 83.33 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงถึงร้อยละ 83.33 เป็นเพศชายเพียงร้อยละ 16.67 อายุเฉลี่ย 39.83 ปีอายุน้อยที่สุด 32 ปี อายุมากที่สุด 57 ปี ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินอยู่ในช่วง 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 ประสบการณ์เฉลี่ย 13.67 ปี ผู้มีประสบการณ์น้อยที่สุด 10 ปี ผู้มีประสบการณ์มากที่สุด 24 ปี สำหรับระดับการศึกษาพบว่าเป็นระดับปริญญาตรีทั้งหมด และการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมทั้งในและนอกโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 50 เคยได้รับการอบรมโดยบุคลากรภายในโรงพยาบาลร้อยละ 16.67 และไม่เคยได้รับการอบรมร้อยละ 33.33

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียซึ่งเป็นผู้ร่วมให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์เจาะลึกของระยะศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชยันตาทนเรนทร จำแนกตาม ตำแหน่ง และสถานภาพปัจจุบันของผู้มีส่วนได้ ส่วนเสียกลุ่มผู้ร่วมให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์เจาะลึกได้แก่นายแพทย์ชำนาญการพิเศษอายุรกรรม 1 คน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษงานหอผู้ป่วยหนัก 1 คน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการงานหอผู้ป่วยหนัก 1 คน นายแพทย์ปฏิบัติการ (แพทย์เพิ่มพูนทักษะ) 1 คน พนักงานแปลประสบการณ์ 3 ปี ขึ้นไป 1 คน และผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ STEMI 1 คน

ผลสัมภาษณ์แบบเจาะลึกพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และผู้ร่วมให้ข้อมูลการวิจัย เน้นการสัมภาษณ์แบบมีคำถามนำ โดยการสัมภาษณ์รายบุคคล

คือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประสบการณ์ 3 ปีขึ้นไป และผู้เกี่ยวข้องที่ยินดีให้ข้อมูลการวิจัย พบประเด็นที่สำคัญดังนี้

1.3.1 พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินผู้ปฏิบัติ คิดว่าพยาบาลบางส่วน ขาดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย STEMI ทำให้ทัศนคติ ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติ ต่างกัน และเสนอแนะกระบวนการสร้างความรู้ความเข้าใจ ทัศนคติ และความตระหนักของผู้ปฏิบัติ โดยพัฒนาศักยภาพคนด้วยการจัดประชุมวิชาการ และสร้างความตระหนักด้วยการทบทวนเหตุการณ์สำคัญ

ผลการศึกษาพบว่า แม้ว่าพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินทุกคนจะมีประสบการณ์การปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมากกว่า 5 ปีขึ้นไป และส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย STEMI ร้อยละ 50 แต่พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติคิดว่าผู้ปฏิบัติบางส่วนขาดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย STEMI ทำให้ทัศนคติ ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติต่างกัน และเสนอแนะกระบวนการสร้างความรู้ความเข้าใจ ทัศนคติ และความตระหนักของผู้ปฏิบัติ โดยพัฒนาศักยภาพคนด้วยการจัดประชุมวิชาการ และสร้างความตระหนักด้วยการทบทวนเหตุการณ์สำคัญ นอกจากนี้จากการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลพบว่ายังมีพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติถึงร้อยละ 33.33 ที่ไม่เคยได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย STEMI ดังที่พยาบาล ระดับชำนาญการซึ่งเป็นผู้ร่วมวิจัยหลักและแพทย์ผู้ปฏิบัติการกล่าวว่า

“...ความยุ่งยากในการดูแลผู้ป่วย ST-elevate MI อาจจะเกิดเกี่ยวกับความเข้าใจของผู้ปฏิบัติงานของแต่ละคนบางที่ทัศนคติมุมมองแต่ละคนอาจจะไม่เหมือนกัน...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

“...อีกอย่างหนึ่งก็คืออาจจะมีความเกี่ยวกับประสบการณ์ของพยาบาลคัดกรองด้วย เราจะทำยังไงให้พยาบาลคัดกรองมีประสบการณ์...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

“...บางคนมีแต่อาการเวียนศีรษะ ใจสั่น ก็คัดกรองเป็นผู้ป่วย Urgent กว่าจะตัดสินใจทำ EKG ได้ ใช้เวลามาก ...ที่พยาบาลต้องทำ EKG ให้หมดเลยอะ...”

(แพทย์ผู้ปฏิบัติการ)

“...จริงๆ ถ้าจะเจาะลึกอะไรเงี้ยครับ มันก็คือเวลาตั้งแต่คนไข้เข้ามาถึง
แรกรับเวลาเท่าไร ได้ screen เวลาเท่าไร หมอตรวจเวลาเท่าไร มันก็ต้องดูว่าขึ้นอยู่กับอาการของ
คนไข้ ขึ้นอยู่กับพยาบาลคัดกรองกับพยาบาลห้องรักษาประกอบกัน...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

“...มันมีหลายอย่าง มีมุมมอง ทักษะคิดและก็ต้องอีกอย่างคือความ
กระตือรือร้น สอง. พร้อมกับความใส่ใจ ใจรักที่จะแบบเป็นพยาบาล Screen เพราะว่าแต่ละคนผม
ว่าใจรักหรือว่าหลายอย่างมันไม่เหมือนกัน...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

“...EKG อาจจะได้อ่อน อาจจะได้อ่อนที่คุณหมอมจะมา ทุกคนก็ต้อง
เหมือนว่ามีความรู้เกี่ยวกับการอ่าน EKG อาจจะไม่ต้องละเอียดมาก แต่ว่า รู้ว่า wave ไหนที่เป็น ST-
elevate MI ต้องดูได้ ทุกวันนี้ก็คือ ก็เราต้องพยายามเหมือนว่าทุกคนอาจจะเกี่ยวกับ EKG ร้อย
เปอร์เซ็นต์แต่ว่าทุกคนต้องพอดูได้ ซึ่ง โอกาสพัฒนานี้ อนาคตน่าจะเป็นร้อยเปอร์เซ็นต์ น่าจะทำให้
ทุกคนดู สามารถดู EKG ST- elevate MI ได้...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

“...ก็..ก็จะมีบาง บางคนที่ยังไม่สามารถดูได้ แต่ถ้าอย่างที่ยบอก ถ้าวันนั้น
เป็นคนที่ยังไม่สามารถดู EKG ได้ เป็นคนเอ่อ..คัดกรองหรือว่าเป็นคนทำ EKG ตั้งแต่แรก ก็อันนั้นก็
คือ อาจจะ เป็น ทำให้ระยะเวลาการดูคนไข้ ช้าลงได้ เราก็พยายามมาปิด เหมือนปิดแผลของส่วนที่
จะทำให้มีปัญหาหรืออันตรายกะคนไข้...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

“...ถ้าเราจะทำให้มีทัศนคติหรือมุมมองหรือความเข้าใจในโรค ST-elevate
MI ทำให้ตรงกันคืออาจมีการ มีวิชาการ มีประชุม มีการประมวล ความรู้กัน อาจจะทุกเดือน หรือว่า
ทุกครั้งที่มี case ST-elevate MI มา...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

“...ก็อาจจะ เราอาจจะจัดเหมือนวิชาการประจำตึกก็ได้ ไม่ต้องเกี่ยวกับโรงพยาบาลก็ได้ อาจจะเป็นพหุวิชาการหรือยกตัวอย่าง กรณีศึกษา case ST-elevate MI เดือนละครั้งก็ได้ รวมกับประชุมประจำเดือนเลยก็ได้ ยกกรณี case ให้ทุกคนตระหนักเห็นถึงอันตรายและความสำคัญของการดูแล เริ่มตั้งแต่การคัดกรองจนถึงกระบวนการรักษาพยาบาลจนกระทั่ง admit เข้าตึก...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

1.3.2 สาเหตุคัดกรองล่าช้าเนื่องจากติดภาระงาน (พูดเชิงบวก หลีกเลี่ยงการพูดถึงการขาดความกระตือรือร้น) แต่พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติยอมรับว่ายังมีพยาบาลบางส่วนไม่กระตือรือร้นซึ่งสอดคล้องกับข้อคิดเห็นของแพทย์ที่หมุนเวียนปฏิบัติการงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่พบว่ามีความรักในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินบางคน ขาดความกระตือรือร้นและเห็นว่า พยาบาลคัดกรอง ต้องมีความกระตือรือร้น และต้องทำให้พยาบาลประจำการงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินทุกเวรมีความกระตือรือร้นดังตัวอย่างคำพูดของพยาบาลผู้ร่วมวิจัยหลักและแพทย์ปฏิบัติการที่พูดว่า

“...หนึ่งก็คืออาจจะมี มีการประเมินคนไข้คนอื่นอยู่แล้วยังเนี่ย เอ้อ มันอาจจะไม่ได้เร็วที่สุดร้อยเปอร์เซ็นต์ อาจจะเพราะว่ามีการประเมินคนไข้หนักคนอื่นอยู่แล้ว หนึ่ง สองก็คือแบบว่าจำนวนคนไข้ที่จะมารับบริการเนี่ยอาจจะทำให้การคัดกรองไม่ ไม่ เอ้อ ไม่ไวอย่างที่อยากได้...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

“...มันก็ขึ้นอยู่กับจำนวน เอ้อลักษณะ ของเวร สมมุติถ้าเวรเช้าวันทำการอะไรเงี้ย เราจะมีห้องเปิด 1 ห้อง ไอ้อย่างนี้ตัดความยุ่งยากในการคัดกรองนี้ก็จะน้อยลงเอ้อ ก็จะไม่ยุ่งยากมาก จะมีปัญหาก็คือเช้าวันหยุดราชการกับ บ่าย ดึก ของทุกเวร อันนี้จะมีปัญหา ก็คือเราอาจจะแบบว่า มีสัปดาห์ส่วนการ เหมือนว่า จัดสถานที่ให้มันกว้างขวาง เวลาไหลเข้ามาอะไรเงี้ย ผ่านพยาบาลคัดกรองทุก case “

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

“...นี่เองเราบางคนก็จริงๆเลย ไม่ค่อยจะสนใจเท่าที่ควร...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 1)

“...การคัดกรองไวก็ตั้งแต่แรกรับจนถึง ตั้งแต่เราเห็นคนไข้เราก็ขึ้นอยู่กับ
พฤติกรรมของพยาบาลคัดกรองว่ามีความกระตือรือร้นขนาดไหน...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

“...ก็เริ่มแรกตั้งแต่คนไข้มาถึง ต้องผ่านจุดคัดกรองจุด screening พยาบาล
กับเจ้าหน้าที่ screening ก็ต้องมีความกระตือรือร้นที่จะใส่ใจถึงอาการสำคัญของคนไข้ที่มา...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

“...ที่ผ่านมามทุกวันนี้ก็คือส่วนใหญ่ก็จะมีมีความกระตือรือร้น อย่างเช่นมี
คนไข้ 1 คน เข้ามารักษาที่อุบัติเหตุฉุกเฉินอันดับหนึ่งก็คือต้องเจอพยาบาลคัดกรอง ถ้าพยาบาลคัด
กรอง คัดกรองได้ไวแล้วก็มีอาการต่างๆ อาการนำเช่นเจ็บหน้าอก เหนื่อย อายุมากกว่า 40 ปี ขึ้นไป
ประมาณนี้ก็คือถ้าพยาบาลคัดกรองสามารถจำแนก คัดกรองผู้ป่วยได้เร็วมากขึ้น ก็จะทำให้การ
วินิจฉัยผู้ป่วย ถ้าสงสัยว่าเป็น ST-elevate MI ก็จะทำให้วินิจฉัยได้เร็วมากขึ้น ฉะนั้นเราก็ขึ้นอยู่กับ
เราก็ต้องผูกจิตสำนึก กระตุ้นของพยาบาลประจำการของ ER ทุกเวอร์ว่าต้องมีความกระตือรือร้น...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

“...ทีมห้องรักษา ก็จะมี Alert แต่คนที่ต้องรับผิดชอบตรงๆ อย่างที่
In charge กับคนที่ดูแลผู้ป่วยค่ะ คนอื่นๆก็ไม่ Alert เท่าไร...”

(แพทย์ปฏิบัติการ)

“...ก็จริงๆถ้าเป็นไปได้อยากจะ ไม่อยากกำหนดเวลามาก ก็อยากให้เห็นที่
ทันทีที่เราคิดว่าเป็นภาวะวิกฤต อาการเข้าอย่างในตอนกล่าวไปในครั้งแรกๆ เจ็บหน้าอก อายุมาก
และก็เจ็บกะทันหันอะไรเงี้ยครับ...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

1.3.3 การทบทวนกระบวนการคัดกรอง พยาบาลวิชาชีพผู้ร่วมวิจัยหลักเห็นว่า
ผู้ทำหน้าที่คัดกรองสำคัญที่สุด ดังนั้นพยาบาลต้องมีประสบการณ์ในการจัดลำดับความสำคัญของ
ผู้ป่วย โดยใช้การคัดกรองเบื้องต้นอย่างคร่าวๆ และรวดเร็ว และยอมรับว่าพยาบาลบางส่วน ขาด
ประสบการณ์ด้านการคัดกรองผู้ป่วย STEMI และเสนอแนะให้มีแบบคัดกรองเพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติเกิด
ความมั่นใจในการปฏิบัติ โดยทำเครื่องมือการคัดกรอง STEMI ด้วยรูปแบบเช็คลิสต์ พร้อมทั้ง

สร้างและปลูกฝังทัศนคติ ความรู้ความเข้าใจ ความตระหนัก (มุมมอง) ดังตัวอย่างที่พยาบาลผู้ร่วมวิจัย หลัก และแพทย์ปฏิบัติการพูดว่า

“...ก็อาจจะ เหมือนว่า อาจจะซีฟ (sieve) ไปก่อนด้วย เอ้อ หนึ่งในก็คืออาจจะมีความเกี่ยวกับประสบการณ์ของพยาบาลคัดกรองด้วย เราจะทำยังไงให้พยาบาลคัดกรองมีประสิทธิภาพ...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

“...การคัดกรองซ้ำน่าจะเป็นคนไข้ค่ะ บางคนมีแต่อาการเวียนศีรษะ ใจสั่น ก็คัดกรองเป็นผู้ป่วย Urgent กว่าจะตัดสินใจทำ EKG ได้ ใช้เวลานาน...”

(แพทย์ปฏิบัติการ)

“...อย่างเช่นมีคนไข้ 1 คน เข้ามารักษาที่อุบัติเหตุฉุกเฉินอันดับหนึ่งก็คือต้องเจอพยาบาลคัดกรอง ถ้าพยาบาลคัดกรอง คัดกรองได้ไวแล้วก็มีอาการต่างๆ อาการนำ เช่น เจ็บหน้าอก เหนื่อย อายุมากกว่า 40 ปี ขึ้นไป ประมานนี้ก็คือถ้าพยาบาลคัดกรองสามารถจำแนก คัดกรองผู้ป่วยได้เร็วมากขึ้น ก็จะทำให้การวินิจฉัยผู้ป่วย ถ้าสงสัยว่าเป็น ST-elevate MI ก็จะทำให้วินิจฉัยได้เร็วมากขึ้น...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

“...ประวัติ โรคประจำตัว เคยมีประวัติอะไรบ้าง อาจจะยังไม่ได้ OPD Card ก็ไม่เป็นไร อาจจะถามประวัติคร่าวๆ กับถามอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล โดยที่ทุกวันนี้เราอาจจะยังไม่เป็นรูปร่างมาก แต่อีกหน่อยเราอาจจะมีเช็คลิสต์คอย เอ้อ..ว่า ผู้ป่วยอาการที่อาการที่จะเข้า Criteria...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

“...กระบวนการคัดกรองที่ทำให้ทุกคนได้เข้าใจตรงกันทั้งหมดอาจต้องมีข้อยส์ หรือเช็คลิสต์ ถ้าผู้ป่วยมาด้วยอาการดังต่อไปนี้เช่น chest pain หายใจเหนื่อย แน่นหน้าอก เหงื่อออก ตัวเย็น อายุอาจมีเกณฑ์เป็นตัวชี้วัดมากกว่า 40 หรือว่าเคยมีประวัติเป็นโรคหัวใจมาก่อน ไหม เจ็บนานเท่าไร ถ้าเข้า criteria อาจต้อง EKG ทุก case นะ จะต้องส่งคนไข้คัดกรองเข้าโซนรักษาพยาบาล ให้เร็วที่สุด...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

“...แต่ว่าเราก็คือ เหมือนว่าเราต้องวิตกกังวลไปก่อน แต่ว่าเราไม่ใช่กังวลแบบว่า วิตกแบบว่า เราไม่มีเหตุผล เราก็มีย่อย่างทีบอก เราก็มีย่เช่คลิสต์มาเป็นตัวจับ ใช... ใช่กั่ข้อ ไม่ใช่กั่ข้อ แต่มันอาจจะไม่ใช่ มันอาจจะ เอ้อ case นี้ไม่ใช่ MI ร้อย เปอร์เซนต์ก็ได่ ก็ไม่ได้ว่าอะไร แต่..เพียงแต่ให้เราวิตก เออหรือว่าตระหนักไว้...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

“...ทำเช่คลิสต์ให้แล้วก็ปลุกฝ่งทัศนคติ ความกระตือรือร้น มันมีหลายๆ อย่าง มีมุมมอง ทัศนคติและกั่ต้องอีกอย่างคือความกระตือรือร้น สอง. พร้อมกับความใส่ใจ ใจรักที่จะแบบเป็นพยาบาล Screen ...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

1.3.4 ด้านการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบว่าสาเหตุที่ทำให้การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiography; EKG) และรายงานผลต่อแพทย์ได้ล่าช้า ส่วนหนึ่งมาจากขาดเครื่องตรวจ EKG ที่ทันสมัย ต้องการให้มีเครื่อง EKG เครื่องใหม่ที่ใช้สะดวก รวดเร็วกว่าเดิม และเครื่องเก่าไม่มีผู้รับผิดชอบการเตรียมเครื่องให้พร้อมในแต่ละเวร หากยังแก้ไขไม่ได้ ต้องดูแลเครื่องเก่าให้มีคุณภาพ มีผู้ดูแลรักษาเครื่อง EKG เก่า และส่วน ประกอบให้สะอาดและพร้อมใช้อยู่เสมอ และอีกสาเหตุหนึ่งมาจากพยาบาลบางส่วนขาดความรู้เรื่องการอ่านและแปลผล EKG จึงต้องทำให้พยาบาลงานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินสามารถอ่าน EKG ได้หมดทุกคนโดยมีระบบพี่สอนน้อง เพราะการทำ EKG ผู้ที่อยู่ในเกณฑ์ คือมีอาการ บ้างจ้ยเสี่ยง จะใช่หรือไม่ใช่ STEMI มีแต่ประโยชน์ ไม่มีโทษหรืออันตราย ดังตัวอย่างที่พยาบาลผู้ร่วมวิจัยหลัก และแพทย์ปฏิบัติการพูดว่า

“...ความยุ่งยากในการดูแลผู้ป่วย ST-elevate MI อันดับหนึ่ง ผมคิดว่าเป็นเรื่องเครื่องมือครับ หนึ่งก็คือเครื่อง EKG เราอาจจะขาดอุปกรณ์ที่ทันสมัย ทำได้รวดเร็ว...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

“...เครื่อง EKG ก็เก่าทำก็ยาก กว่าผลจะออกมาได้ตั้งนาน...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 3)

“...ก็เป็นเครื่อง EKG ค่ะ เส้นไม่ค่อยเรียบดูลำบาก แล้วต้องตัดแปะ ทำให้
ล่าช้า น่าจะเป็นแบบ A 4 ดูได้ทั้งหมดทีเดียว แล้วเวลาคนไข้ตื่นหรือขยับตัวก็อ่านไม่ได้ ใช้เวลาทำ
นาน น่าจะเปลี่ยนได้แล้วค่ะ...”

(แพทย์ปฏิบัติการ)

“...เครื่องเก่าใช้ได้ถ้าจะทำให้ไวขึ้น ก็ดูแลรักษาเครื่องให้พร้อมใช้อยู่
เสมอ ทุกเวอร์ก็ดูแล ดูแบตเตอรี่ ดูอุปกรณ์เสริม อุปกรณ์ต่อพ่วง เช่นลูกยาง สายอะไรเงี้ย ให้สะอาด
และพร้อมใช้อยู่เสมอ มีผู้ดูแล รักษาเครื่อง...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

“...ต้องดูแลให้มันมีคุณภาพค่ะ...” (พูดถึงเครื่อง EKG เก่า)

(แพทย์ปฏิบัติการ)

“...ประจำเวอร์ก็คือ ก็จะมีเจ้าหน้าที่ สมมุติ EKG ก็จะมีห้องอยู่ห้องเบอร์ 3
มีห้องรักษาพยาบาล ก็ขึ้นอยู่กับว่าจะใช้เครื่องไหน ส่วนใหญ่ จะห้องรักษาพยาบาลก็ช่วยกันดู อาจจะ
เป็นเบอร์ 1 เงี้ย...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

“...คัดกรองเป็นผู้ป่วย Urgent กว่าที่จะตัดสินใจทำ EKG ได้ ใช้เวลามาก...
ที่พยาบาลต้องทำ EKG ให้หมดเลยค่ะ...”

(แพทย์ปฏิบัติการ)

“...ก็..ก็จะมีบาง บางคนที่ยังไม่สามารถดูได้ แต่ถ้าอย่างที่ยก ถ้าวินนั้น
เป็นคนที่ยังไม่สามารถดู EKG ได้ เป็นคนอ้อ..คัดกรอง หรือว่าเป็นคนทำ EKG ตั้งแต่แรก ก็อันนั้น
ก็คือ อาจจะ เป็น ทำให้ระยะเวลาการดูคนไข้ ช้าลงได้ เราก็พยายามมาปิด เหมือนปิดแผลของส่วน
ที่จะทำให้มีปัญหาหรืออันตรายกะคนไข้...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

“...ทุกคนก็ต้องเหมือนว่ามีความรู้ถ้ากรณีคิดว่าใช่ เข้า Criteria จากอะไรบ้าง หนึ่งจากประวัติของคัดกรอง สองจาก EKG ซึ่ง EKG อาจจะได้อ่อน อาจจะได้อ่อนที่คุณหมอมจะมา ทุกคนก็ต้องเหมือนว่ามีความรู้เกี่ยวกับการอ่าน EKG อาจจะไม่ต้องละเอียดมาก แต่ว่ารู้ว่า wave ไหนที่เป็น ST- elevate MI ต้องดูได้ ทุกวันนี้ก็คือ ก็เราต้องพยายามเหมือนว่าทุกคนอาจจะเกี่ยวกับ EKG ร้อยเปอร์เซ็นต์แต่ทุกคนต้องพอดูได้ ซึ่งโอกาสพัฒนานี้ อนาคตน่าจะเป็น ร้อยเปอร์เซ็นต์ น่าจะทำให้ทุกคนดู สามารถดู EKG ST- elevate MI ได้...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

“...การทำ EKG ก็ยังไม่มี เหมือนกับว่ายังไม่มีความถี่ ก็...ถามว่าใช่หรือไม่ใช่ อะไรเงี้ย บางทีผมก็ไม่ได้คิด ผมคิดว่าถ้าไม่ใช่ก็ถือว่าดีไป แต่ถ้าใช่เนี่ย ก็คือผมไม่ได้คิดว่าไม่ใช่แล้วจะเป็นเรื่องผิดพลาด เป็นเรื่องอะไร เป็นผลร้ายกะคนไข้ไม่ใช่ เพราะเวลาที่ผมคิดไว้นี้ใช่เนี่ยเป็นผลประ โยชน์กะคนไข้ ถ้าไม่ใช่ก็ถือว่าเป็นผลดีกะคนไข้ไป ที่เขาไม่ได้อยู่ในภาวะอันตราย ...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

“...ก็ส่วนใหญ่ก็จะเป็นพี่ๆที่ติดครับ พี่ๆที่ไปประชุม อาจไม่เฉพาะ ST- elevate MI อาจจะเป็นเรื่องอื่นทุกครั้งทีกลับมา จะมาถ่ายทอด ปกติเราก็ออยู่กันเหมือนพี่น้อง ไม่รู้อะไรก็ถามได้ครับ ก็ไม่มีใครว่าถ้าสงสัย ถ้าถามว่าเรื่อง ST-elevate MI การดู EKG ก็จริงๆสำคัญ ถ้ารู้ว่าเข้าข่าย ST-elevate MI เรายังบอกแพทย์ บอกพี่ in charge บอกทีมในตึกครับ...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

1.3.5 ขาดความชัดเจนในการกำหนดบทบาทหน้าที่การดูแลผู้ป่วย STEMI ของพยาบาลในแต่ละทีม ต้องการ การวางแผน การจัดทีม การนำทีมและการควบคุมตรวจสอบทีม ผู้ปฏิบัติกับผลงาน ต้องการให้มีการปรับปรุงผู้บริหารทีม ทั้งตัวบุคคล และระบบงานที่ไม่ใช่การพยาบาล และต้องการให้เชื่อใจ เชื่อมั่นผู้ปฏิบัติ ดังตัวอย่างที่พยาบาลผู้ร่วมวิจัยหลักพูดว่า

“...เราจะแบ่ง assign กันอยู่แล้วก็คือเบอร์ 3 เป็นคน screening แล้วก็เบอร์ 3 อาจเป็นคนมาช่วยประเมินดูเรื่องภาวะ การเจ็บหน้าอกแล้วก็มีน้อง EMT สามารถรับคำสั่งจากที่พยาบาลปฏิบัติการในตึกได้ อาจจะทำ EKG ...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

“...เบอร์ S น่าจะเป็นคนทำ EKG เพราะเป็นคนที่รู้การคนไข้อยู่แล้ว...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 5)

“....ใครที่เป็นคนเห็นคนแรกน่าจะเป็นคนทำ ทำแล้วยื่นให้หมอเลย...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 6)

“...ในทีมต้องให้ความเชื่อใจ เชื่อมั่นพยาบาล screen ว่า case นี้ ถ้าเข้า criteria ก็คือไม่ต้องมีการซักประวัติอะไรเพิ่มเติม ก็ต้องเข้ามาห้องตรวจรักษาช่วยกันทำตาม assign ที่มอบหมายให้ อ้า เช่น screening ก็ซักประวัติ แล้วก็เบอร์สามอาจจะมาช่วยทำ EKG มาวัด vital signs และ in charge ก็ต้องแสดงบทบาทหน้าที่ของ in charge ก็คือคอยดูเรื่องการ manage ว่า โอเค คุณทำ EKG หรือยัง คุณดู vital signs หรือยัง คุณเอ้อ..มี ต้องใช้ caremap ใหม่ EKG เป็นยังไงบ้างเอ้อ.. สอง อ้า..ต่อไปเมื่อทำ EKG เสร็จแล้ว เราก็ต้องเอ้อ..พยายามอ้า..ให้หมอดูก่อน แต่ถ้ากรณีหมอไม่ได้อยู่ที่ ER ในห้อง ER in charge ก็จะมีบทบาทหน้าที่เป็นคน manages เป็นคนรับตามหมอ...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

“...ก็..หนึ่งก็คือเรื่องการ Manage และ ก็คือการเชื่อใจ และ ก็คือ in charge ทุกวันนี้ก็คือโอเค ก็เกี่ยวกับการเชื่อใจ นื่องๆในทีมก็การเชื่อใจ แต่ in charge อาจจะมี มีการ manage ที่ชัดเจนมีการ manage ว่าเอ้อ ทุกวันนี้ก็มี assign อยู่แล้ว แต่ว่า in charge อาจจะเป็นคนมาประเมินว่า โอเค assign คุณได้รับมอบหมายคุณทำ โอเค หรือยัง ทำยังงี้ก็คือบทบาทของ in charge ก็คืออาจเป็นคนมาประเมินซ้ำ คอย observe คอยแบบเป็นคน manage...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

“...ก็.. ถามว่า อยากได้ in charge ใหม่ ก็แล้วแต่ in charge แต่ละคนก็ยังไม่แสดงบทบาทได้เต็มที่...ก็.. สาเหตุหลักๆ ก็มีหลายอย่าง หนึ่งก็คืออาจจะเป็นที่ตัว in charge เอง สองเกี่ยวกับภาระงาน ทำทุกอย่างอะไรเสีย ภาระงานมีหลายอย่าง บางครั้งเป็นส่วนที่ไม่ได้เกี่ยวกะเจ้าหน้าที่ห้องฉุกเฉินเลย มันก็มีหลายๆอย่าง...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

1.3.6 ขาดกระบวนการสื่อสารข้อมูล และการสะท้อนผลลัพธ์ระหว่างผู้ปฏิบัติ ผู้กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลผู้ป่วย STEMI เนื่องจากผู้ปฏิบัติคิดว่ายังขาดความชัดเจนของนโยบายด้านการดูแลผู้ป่วย STEMI ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันทั้งองค์กร ทำให้ทั้งองค์กรตระหนักถึงความสำคัญของผู้ป่วย STEMI ไม่เท่ากัน เจ้าหน้าที่ที่รับผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของผู้ป่วย STEMI น้อยกว่าที่ควรจะเป็น และต้องการความชัดเจนของนโยบาย พร้อมทั้งมีการทบทวนเหตุการณ์ร่วมกันในทีม ต้องการทำงานภายใต้การอ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ในการแสดงเหตุผลของการปฏิบัติในแต่ละช่วงเวลา หากพบข้อผิดพลาดต้องไม่มีการกล่าวโทษในทีม แต่มีการทบทวนเหตุการณ์ โดยอิงมาตรฐาน ดังตัวอย่างคำพูดของพยาบาลผู้ร่วมวิจัยหลักที่พูดว่า

“...ก็ถ้ามองในแง่มุมมองของผู้บริหารสนับสนุนอะไรบ้าง ทุกวันนี้คือผมยังไม่แน่ใจว่าทุกวันนี้ว่าทางผู้บริหารให้ความสำคัญของผู้ป่วย ST-elevate MI มากพอหรือยัง นโยบาย ก็คือผมไม่แน่ใจว่าทุกวันนี้ทำเพราะว่าอาจมีคนไปกระตุ้นซักคนนึง แต่ว่าอาจจะไม่ใช่ทั้งกระบวนการก็ได้ อาจจะเป็นอย่างหมอ med ซักคนนึงหรือว่าความตระหนักของเจ้าหน้าที่ ER เอง แต่ผมไม่แน่ใจว่าทั้งกระบวนการให้ความสำคัญตระหนักถึงความสำคัญของ ST-elevate MI เท่ากันหรือเปล่า อย่างเช่นคนไข้เรา เราดูแลเฉพาะ ER ผมไม่แน่ใจว่าทั้งกระบวนการทั้งหมดนี้จะครอบคลุม ทุกคนให้ตระหนักถึงความสำคัญของ ST-elevate MI เท่ากันหรือเปล่า...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

“...ก็ถ้าเป็นพวก ST-elevate MI ก็คือจริงๆเวลาเข้ามาอยู่ใน ER ของเราเนี่ย เจ้าหน้าที่ดูเหมือนกระตือรือร้น ward ความกระตือรือร้นนี้อาจจะน้อยกว่าของเรา ผมก็เลยคิดว่าอยากให้ทุกคนเนี่ย ตระหนักถึงอันตรายถึงความสำคัญของ ST-elevate MI กันทุก case ไม่ใช่ case นี้จะดูแลเฉพาะ BP หรือดูแลเฉพาะ case นี้ยากมาก ยากน้อย แต่ว่าถ้าวินิจฉัยว่าเป็น ST-elevate MI ผมอยากให้ตระหนักถึงความสำคัญของ ST-elevate MI ทุก case...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

“...ทุก case ที่ตามส่ง ปกติถ้ารู้ว่า ST-elevate MI มาเนี่ย หนึ่ง เจ้าหน้าที่ที่อยู่ใกล้ใน floor ที่ ward นั้น ก็ต้องเข้ามาถึงให้เร็วที่สุดเพื่อจะดูว่าตอนนี้คนไข้เป็นยังไง BP เป็นยังไง มีการเปลี่ยนแปลงไหม มี chest pain เพิ่มขึ้นไหม จะต้องให้ยาให้อะไรต่อเนื่องไหม SK ไหม จะต้องให้เมื่อไร และก็มีหมอ ต้อง consult หมอ med ทันทีที่ไปถึง ต้องให้เขามีความตระหนักตรงนี้ครับ...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

“...อุปสรรคที่คิดว่าเกี่ยวกับความล่าช้าในการดูแลผู้ป่วย ผมจะรวมถึง กระบวนการกระทั่งเข้ามาใน ER จนถึง Admit ก็คือ อย่างของ ER เราก็ภายใน 30 นาที ก็อาจจะมี บาง Case ที่หนึ่ง ก็คือแพทย์เวร ER ไม่ใช่แพทย์เฉพาะทางด้านอายุรกรรม จะต้องผ่านการ consult ทุก case บางครั้งความยุ่งยากของการ consult เช่น หนึ่ง ตามแพทย์ไม่ได้ สอง แพทย์คิด case อื่นอยู่ ทำให้การดูแลและ สอง ก็คือเป็นการ consult กันทางโทรศัพท์ ไม่ได้มาเห็นผู้ป่วยไม่ได้มาประเมิน ผู้ป่วยด้วยตัวเอง อาจจะทำให้การวินิจฉัยคลาดเคลื่อนได้...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

“...อย่างที่บอกก็คือทุกวันเราต้องเหมือนว่ามีข้อผิดพลาดอะไรเงี้ย เราก็ต้อง มาคุยกัน...มันต้องมีเหตุผลที่สามารถตรวจสอบได้ เพราะอะไร...เพราะว่าถ้า ถ้าเราทำงานอย่างเนี้ย เราก็เหมือนไม่ต้องกลัวว่าอ้อ มันสามารถตรวจสอบได้ อะไรเงี้ย...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

“...อาจจะทุกเดือน หรือว่าทุกครั้งที่มี case ST-elevate MI มา เก็บเป็นสถิติ ทุก ครั้งว่าความไวหรืออุปสรรคแต่ละ case เนี่ย ว่า มากน้อยเพียงไหน และก็เอามาประเมินทำสถิติไว้...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

“...ทุกคนก็ต้อง หนึ่งพยาบาลคัดกรอง 2 คน พยาบาลคัดกรองกะเจ้าหน้าที่ คัดกรอง และที่ สองก็คือพยาบาลประจำการที่อยู่ในห้องรักษาพยาบาลทุกคน ไม่ว่าอินชาร์ท ไม่ว่า พยาบาลห้องรักษาโซนต่างๆ ยังเงี้ย ทุกคน เวลา ทุกคนต้องให้ความเหมือนว่าเชื่อใจ เชื่อมั่น กะพยาบาลคัดกรองด้วย เคารพการตัดสินใจ...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

“...ผิดพลาดไม่เป็นไร ไม่มีการว่ากัน เพียงแต่ว่า เอ้อถ้าสมมุติวันนี้มัน ผิดพลาด เราก็ต้องดูว่าทำไมวันนี้ ทำไมมัน screen ผิดพลาด ใช่หรือไม่ใช่ เพราะอะไรถึงคิด เอ้อ วันนี้มันไม่ใช่แต่ว่าไม่ใช่เนี่ยมันก็ต้องแต่ทออกมา เอา criteria อะไรเป็นตัวจับตอน screen ก็ เหมือนว่า เคารพการตัดสินใจของพยาบาลคัดกรองด้วย...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

“... ก็ ส่วนใหญ่คัดกรองและก็ทำ EKG ใน 10 นาทีจะได้รียเปอร์เซ็นต์จะ แต่ข้อมูลที่เป็นตัวเลขชัดเจนก็ยังมี...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 1)

“...แต่ว่าอย่างที่ผมบอกก็คือแต่แรก ถ้าเรามีการเก็บสถิติ ความมีปัญหา อุปสรรค เก็บสถิติทุก Case เราก็จะประมวลผลได้ดีมากขึ้น สมมุติว่าเราอยู่ในเกณฑ์หมดเลย แต่ผมบอกไม่ได้ว่าเราอื่นจะอยู่ในเกณฑ์หรือเปล่า ฉะนั้นต้องมีการมาประมวลผล มาปรึกษากัน...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

1.3.7 พนักงานเปล และผู้ป่วยประสบการณ STEMI ขาดความรู้เรื่องภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้การเข้าถึงการบริการภาวะวิกฤตโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ล่าช้าดังตัวอย่างคำพูดของพยาบาลผู้ร่วมวิจัยหลัก แพทย์ชำนาญการสาขาอายุรกรรม พยาบาลหอผู้ป่วย ICU พนักงานเปล และผู้ป่วยประสบการณ STEMI ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูล ที่พูดว่า

“...ผมว่าพนักงานเปลรู้เรื่องนี้ไม่เท่ากันทุกคน อาจไม่ได้ใช้เปลนอนกะคนไข้โรคหัวใจก็ได้ ครับ ...บางทีก็อยู่ที่คนไข้ด้วย บางคนไม่ยอมขึ้นเปลนอน บอกเดินได้...”

(พนักงานเปล)

“ต้องฝึกอบรมพนักงานเปลให้มีความรู้ จะทำได้เหมือนกัน ครับ... จะได้บอกกะคนไข้ด้วยว่ามันอันตราย...”

(พนักงานเปล)

“...ผมก็ไม่รู้ว่าเป็นที่หัวใจ มันจุกๆ แน่นๆ หน้าอก หน้ามืดแล้วก็อาเจียน ก็นึกว่าเป็นลม ไปนิตยาลินิกใกล้บ้านก็ไม่หาย ใจคอไม่ดี และก็ไม่มีเรี่ยวมีแรง จึงโทรบอกลูกสาวให้กลับบ้าน ขับรถพาพ่อมาโรงพยาบาล...”

(ผู้ป่วยประสบการณ STEMI)

“...ผมก็งงๆ ไม่รู้จะทำยังไง พอเขาบอกว่า เป็นโรคหัวใจ มีกล้ามเนื้อหัวใจตาย ต้องให้ยารักษาที่อาจจะมีเลือดออกในสมองได้ ก็...กลัวๆ แต่กลัวตายมากกว่า ก็ยอมให้เขาให้ยา สลายลิ่มเลือด...”

(ผู้ป่วยประสบการณ STEMI)

“...ต้องพยายามบอกเขาว่ามันเป็นมาตรฐานการรักษาครับ ต้องบอกเขาว่าประสิทธิภาพของการให้ยาละลายลิ่มเลือดมีมากกว่า ผลข้างเคียง ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์น้อย...”

(แพทย์ชำนาญการพิเศษสาขาอายุรกรรม)

“...ปัญหาที่ทำให้ล่าช้า ก็อยู่ที่คนไข้จะญาติด้วย ให้ข้อมูลไปแล้วตั้งนานก็ยังไม่ยอมตัดสินใจ กว่าจะตัดสินใจ รอถามคนโน้นก่อน คนนั้นก่อน...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 1)

“...เรื่องของน้องพยาบาล ส่วนใหญ่ที่จะใช้การนิเทศหน้างาน มีอะไรที่จะต้องทำเกี่ยวกับ MI บ้าง แรกๆ ก็ยังไม่เข้าใจ ตอนหลังเชิญหมอมาช่วยสอนด้วยก็ดีขึ้น ปัญหาอยู่ที่คนไข้จะญาติด้วย บางทีมาถึง Ward แล้วก็ลังเลยังไม่ให้ยาก็มี...”

(พยาบาลวิชาชีพงานหอผู้ป่วยหนัก)

1.4 จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย STEMI

ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ดังนี้

1.4.1 พยาบาล ขาดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย STEMI ทำให้ทัศนคติ ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติ ต่างกัน และเสนอแนะกระบวนการสร้างความรู้ความเข้าใจ ทัศนคติ และความตระหนักของผู้ปฏิบัติ โดยพัฒนาศักยภาพคนด้วยการจัดประชุมวิชาการ และสร้างความตระหนักด้วยการทบทวนเหตุการณ์สำคัญ

1.4.2 สาเหตุคัดกรองล่าช้าเนื่องจากติดภาระงาน แต่พยาบาลผู้ปฏิบัติยอมรับว่ายังมีพยาบาลบางส่วนไม่กระตือรือร้นซึ่งสอดคล้องกับแพทย์ที่หมุนเวียนปฏิบัติการหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่พบว่าไม่มีความสนใจในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินบางคน ขาดความกระตือรือร้นและเห็นว่า พยาบาลคัดกรอง ต้องมีความกระตือรือร้น และต้องทำให้พยาบาลประจำการหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินทุกเวรมีความกระตือรือร้น

1.4.3 การทบทวนกระบวนการคัดกรอง พยาบาลวิชาชีพผู้ร่วมวิจัยหลักเห็นว่าผู้ทำหน้าที่คัดกรองสำคัญที่สุด ดังนั้นพยาบาลต้องมีประสบการณ์ในการจัดลำดับความสำคัญของผู้ป่วย โดยใช้การคัดกรองเบื้องต้นอย่างคร่าวๆ และรวดเร็ว และยอมรับว่าพยาบาลบางส่วน ขาดประสบการณ์ด้านการคัดกรองผู้ป่วย STEMI และเสนอแนะให้มีแบบคัดกรองเพื่อให้ผู้ปฏิบัติเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ โดยทำเครื่องมือการคัดกรอง STEMI ด้วยรูปแบบ Check list

1.4.4 ด้านการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบว่า สาเหตุที่ทำให้การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiography; EKG) และรายงานผลต่อแพทย์ได้ล่าช้า ส่วนหนึ่งมาจากขาดเครื่องตรวจ EKG ที่ทันสมัย และไม่มีผู้รับผิดชอบการเตรียมเครื่องให้พร้อมในแต่ละเวร ต้องการให้มีเครื่อง EKG เครื่องใหม่ที่ใช้สะดวก รวดเร็วกว่าเดิม หากยังแก้ไขไม่ได้ ต้องดูแลเครื่องเก่าให้มีคุณภาพ มีผู้ดูแลรักษาเครื่อง EKG เก่า และส่วน ประกอบให้สะอาดและพร้อมใช้อยู่เสมอ

1.4.5 ขาดความชัดเจนในการกำหนดบทบาทหน้าที่การดูแลผู้ป่วย STEMI ของพยาบาลในแต่ละทีม ต้องการ การวางแผน การจัดทีม การนำทีมและการควบคุมตรวจสอบทีม ผู้ปฏิบัติกับผลงาน และต้องการให้มีการปรับปรุงผู้บริหารทีม ทั้งตัวบุคคล และระบบงานที่ไม่ใช่การพยาบาล และต้องการให้เชื่อใจ เชื่อมั่นผู้ปฏิบัติ

1.4.6 ขาดกระบวนการสื่อสารข้อมูล และการสะท้อนผลลัพท์ระหว่างผู้ปฏิบัติ ผู้กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลผู้ป่วย STEMI เนื่องจากผู้ปฏิบัติคิดว่ายังขาดความชัดเจนของนโยบายด้านการดูแลผู้ป่วย STEMI ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันทั้งองค์กร ทำให้ทั้งองค์กรตระหนักถึงความสำคัญของผู้ป่วย STEMI ไม่เท่ากัน เจ้าหน้าที่ที่รับผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของผู้ป่วย STEMI น้อยกว่าที่ควรจะเป็น และต้องการความชัดเจนของนโยบาย พร้อมทั้งมีการทบทวนเหตุการณ์ร่วมกันในทีม ต้องการงานภายใต้การอ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ในการแสดงผลของการปฏิบัติในแต่ละช่วงเวลา หากพบข้อผิดพลาดต้องไม่มีการกล่าวโทษในทีม แต่มีการทบทวนเหตุการณ์ โดยอิงมาตรฐาน

1.4.7 พนักงานแปล และผู้ป่วยประสบการณ์ STEMI ขาดความรู้เรื่องภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้การเข้าถึงการบริการภาวะวิกฤตโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ล่าช้า

ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยจึงได้นำประเด็นปัญหาดังกล่าวมาดำเนินการวิเคราะห์ เพื่อสังเคราะห์นำมาพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินต่อไป

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด เอสทียก (STEMI) ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ระยะดำเนินการในเดือนพฤษภาคม 2554 ถึงเดือนกันยายน 2554

จากการทบทวนวรรณกรรม การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการสังเกต แบบมีส่วนร่วมผู้ให้บริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร กลุ่มเป้าหมายแบ่งเป็น 2 กลุ่มได้แก่ กลุ่มพนักงานเปลจำนวน 17 คน และกลุ่มพยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำนวน 22 คน พนักงานกู้ชีพ 5 คน มีการสะท้อนปัญหาที่ได้จากการสัมภาษณ์เจาะลึกและการศึกษาเวชระเบียนผู้ป่วย ซึ่งผู้ร่วมวิจัยยอมรับปัญหาได้มีข้อตกลงร่วมกันในการเลือกประเด็นปัญหา การพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI โดยการวิพากษ์ร่างโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ที่ผู้วิจัยนำเสนอ และร่วมกันปรับปรุงโปรแกรมขึ้นทดลองใช้โดยนำร่องและพัฒนาต่อเนื่องภายในหน่วยงาน มีผลการดำเนินงานดังนี้

2.1 ผลการศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉินโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร

ผู้วิจัยได้ประสานผู้บริหาร ขออนุมัติจัดสรรทรัพยากรบริการตามที่ผู้ร่วมวิจัยหลักต้องการ ขออนุญาตใช้สถานที่ห้องประชุมโพลินชั้น 4 และห้องประชุมวิชาการศึกษาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อจัดประชุมกลุ่มผู้ร่วมวิจัย และใช้เวลาในการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติแบบมีส่วนร่วมแก่กลุ่มผู้ร่วมวิจัย โดยแยกประชุมกลุ่มเดือนละ 1 ครั้ง ครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมง จำนวน 3 ครั้ง โดยผู้วิจัยเข้าร่วมทุกครั้ง มีประเด็นดังนี้

2.1.1 การจัดตั้งทีมและกำหนดหน้าที่ผู้รับผิดชอบ ประกอบด้วย

กลุ่มพนักงานเปลผู้ให้บริการหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำนวน 17 คน
หัวหน้าทีม คือหัวหน้าศูนย์เปล

กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำนวน 22 คน และพนักงานกู้ชีพ 5 คน โดยพยาบาลวิชาชีพระดับบริหารทีมการพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 1 คน เป็นหัวหน้าทีม พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินประสบการณ์ 3 ปี ขึ้นไป 1 คน เป็นเลขานุการทีม พนักงานกู้ชีพ 1 คน เป็นผู้ช่วย เลขานุการทีม

2.1.2 การกำหนดวัตถุประสงค์ของกิจกรรม ในการดำเนินการตามโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI การทบทวนแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานอุบัติเหตุและ

ฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร เนื่องจากมีผลกระทบต่อบุคลากรผู้ปฏิบัติทุกคนในหน่วยงาน และมีผลกระทบต่อระบบคุณภาพบริการ ในระดับหน่วยงาน และในระดับโรงพยาบาล

2.1.3 การประชุมวิชาการ ให้ความรู้พนักงานแปลจำนวน 17 คน เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง และอาการของผู้มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน วันที่ 31 พฤษภาคม 2554 เวลา 14.00 น.-15.00 โดยมีวิทยากร เป็นพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินระดับหัวหน้าทีมการพยาบาลเป็น วิทยากรโดยที่ประชุมสรุปความคิดเห็นและข้อตกลงร่วมกันในการใช้รถเข็นนอนกับผู้ป่วยที่มีอาการ เจ็บแน่นหน้าอก หรืออาการที่ชวนสงสัย ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทุกราย พร้อมทั้งส่งให้ พยาบาลคัดกรองด้านในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และมีข้อเสนอแนะให้ที่ประชุมแก้ไขเรื่องผู้ป่วย เจ็บ แน่นหน้าอกบางคน ไม่ยอมขึ้นรถนอน โดยให้เหตุผลว่ายังสามารถเดินได้ ที่ประชุมจึงมีความเห็นว่า ควรมีการสื่อสารให้ผู้ป่วยรู้ว่าอาจกำลังอยู่ในภาวะอันตราย จึงมีการจัดทำโปสเตอร์ประชาสัมพันธ์ให้ ความรู้แก่ประชาชนและบุคลากรสาธารณสุขติดไว้ยังหน่วยบริการศูนย์แปล

2.1.4 การพัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติ ด้านการดูแลผู้ป่วย STEMI โดย พยาบาลวิชาชีพผู้ร่วมวิจัยได้เสนอแนวทางการดำเนินการดังนี้

1) จัดประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการ ฟื้นฟูวิชาการเพื่อสร้างความรู้ ความ เข้าใจ ความตระหนักเกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วย STEMI แก่พยาบาลวิชาชีพและพนักงานกู้ชีพ ที่ ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยเชิญอายุรแพทย์ ชำนาญการพิเศษ ประธาน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอายุรกรรมของโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร เป็น วิทยากรในการประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเรื่อง “การพัฒนา ศักยภาพพยาบาลวิชาชีพ และบุคลากรหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในกระบวนการประเมิน คัด กรอง การอ่านและแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจผู้ป่วย STEMI” ในวันที่ 25 และ 26 พฤษภาคม 2554 เวลา 13.30-15.30 น. ณ ห้องประชุมไพลิน ชั้น 4 อาคาร 100 ปี สมเด็จพระศรีนครินทร์ โรงพยาบาล ชัยนาทนเรนทร จังหวัดชัยนาท โดยผู้เข้าร่วมประชุมเป็นพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและ ฉุกเฉินผู้ร่วมวิจัยทั้ง 22 คน พนักงานกู้ชีพ 5 คน ที่สมัครใจเข้าร่วมประชุมวิชาการครั้งนี้

2) การสอนงานแบบพี่สอนน้อง และการนิเทศหน้างานขณะปฏิบัติงาน สำหรับพยาบาลวิชาชีพน้องใหม่ หรือพยาบาลวิชาชีพที่ต้องการเพิ่มพูนทักษะ และต้องการความ มั่นใจในการประเมินคัดกรอง การทำ และการอ่าน EKG ในผู้ป่วยที่มีประวัติ อาการ และปัจจัยเสี่ยง ที่ชวนสงสัยภาวะ STEMI เนื่องจากผู้ปฏิบัติคิดว่าพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน บางส่วนยังขาดความความรู้ ความเข้าใจใน ขาดประสบการณ์ จึงมีทัศนคติ มุมมอง และความ ตระหนักต่างกัน ต้องการให้มีการเรียนรู้แบบพี่สอนน้อง หรือถ่ายทอดความรู้ระหว่างการ ปฏิบัติงาน หรือทบทวนการดูแลผู้ป่วย STEMI เพื่อสร้างความตระหนักถึงอันตราย และสร้างความ

กระตือรือร้น และให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย STEMI ในกระบวนการดูแลรักษา ตั้งแต่ผู้ป่วย เข้ามารับบริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจนถึงรับไว้ดูแลในหอผู้ป่วยหนัก

2.1.5 การทบทวนร่างโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ที่ผู้วิจัยนำเสนอ

มีการวิพากษ์ เพื่อปรับปรุง และการสร้างแนวทางปฏิบัติในกระบวนการดูแลผู้ป่วย STEMI หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม แนวทางปฏิบัติสากล (ACC/AHA, 2007) แนวทางปฏิบัติของประเทศ และประสบการณ์ตรงของผู้ปฏิบัติงานซึ่งเป็นกลุ่มผู้ร่วมวิจัย เพื่อความถูกต้อง รวดเร็ว การดูแลรักษา ป้องกันความรุนแรงและเสียชีวิต ซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย STEMI ของทีมงาน ของหน่วยงานและของโรงพยาบาล โดยประชุมและสนทนากลุ่มผู้ร่วมวิจัยกลุ่มพยาบาลวิชาชีพและกลุ่มพนักงานแปล ในวันที่ 10 มิถุนายน 2554 เวลา 14.00 น.-15.00 น. และ 15.00 น. – 16.00 น. ตามลำดับ รายการดำเนินการประชุมดังนี้

1) การทบทวนการปฏิบัติเรื่องการประเมินคัดกรอง จำแนกประเภทผู้ป่วย STEMI การตรวจและรายงานผล EKG หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร เนื่องจากมีผลต่อความรวดเร็วในการวินิจฉัยของแพทย์ และการดูแลรักษาของทีมซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดคุณภาพของหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และเป็นเป้าหมายหลักของการรักษาพยาบาลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่เน้นการประเมินคัดกรองรับรู้ผู้ป่วยเร็ว ปฏิบัติการเร็ว มีแบบประเมินคัดกรองของหน่วยงานเป็นแนวทางให้ผู้ปฏิบัติมั่นใจ เพื่อความปลอดภัย รอดชีวิตของผู้ป่วย และจากการประเมินผลความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่า การประเมินคัดกรองผู้ป่วย STEMI มีความสำคัญที่สุด อาจส่งผลให้กระบวนการดูแลรักษาล่าช้าและเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยจนเกิดอันตรายและสูญเสียชีวิต ดังตัวอย่างการแสดงความคิดเห็นของสมาชิกในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ปฏิบัติงานกล่าวว่า

“...มีแบบคัดกรองที่ดี จะ ได้ทำได้เหมือนๆ กัน ใครๆ ก็ทำได้ นื่องก็ทำได้...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 11)

“...บางทีอาการที่มาก็ไม่ได้เหมือนว่า เจ็บ แน่นหน้าอก อย่างเดียว บางคนมาหน้ามืดเป็นลม เหงื่อแตก BP drop ทำ EKG ดู เป็น ST elevates ก็มี ใน Check list ก็ต้องใส่อาการนี้ไว้ด้วย...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

“...ที่เคยเห็นตอนไปประชุม ของที่อื่น เขาก็มีนะ เป็นแบบให้ตึกได้.....”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

“...อย่างนั้นมันก็ต้องเก็บกระดาษบันทึกเยอะ เอาแค่มีให้เห็นและอ้างอิงว่า
เข้าเกณฑ์ก็พอ...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 5)

“...ผมว่าถ้าเราอ้างอิงได้ ว่าเข้าเกณฑ์ เจ็บ ก็ทำ EKG ได้เลย เหมือนว่าต้อง
เชื่อใจกันครับ เชื่อมั่น และก็การพจนาคัดกรอง..”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

ผลสรุปมติที่ประชุมได้แบบคัดกรอง ของโปรแกรม หลังจากนั้นนำไป
ทดลองปฏิบัติ เดือนที่ 1 แล้วจัดสนทนากลุ่มวันอาทิตย์ที่ 10 กรกฎาคม 2554 และปรับปรุงตาราง
และเครื่องหมายหน้าข้อความอาการผู้ป่วยที่จะต้องเลือกรูปสามเหลี่ยม ให้เป็นรูปสี่เหลี่ยมเพื่อ
ความชัดเจน ทดลองปฏิบัติต่ออีก 1 เดือน สนทนากลุ่มเพื่อปรับปรุงความครบถ้วนของอาการ เป็น
ครั้งที่ 3 วันอังคารที่ 9 สิงหาคม 2554 ทดลองปฏิบัติต่อเนื่อง พร้อมทั้งส่งเครื่องมือคัดกรองให้
ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อเสนอแนะ ด้านความครบถ้วนของเนื้อหา และการใช้ภาษา นำมาสนทนากลุ่มครั้งที่
4 วันจันทร์ที่ 12 กันยายน 2554 ปรับปรุงการปฏิบัติโดยให้ติดตามแนวทางคัดกรองไว้หน้างาน
เนื่องจากสมาชิกกลุ่มส่วนใหญ่มีความเห็นว่า พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติ สามารถประเมินและคัด
กรอง และทำ EKG ผู้ป่วยได้ตามเกณฑ์ ที่กำหนด เป็นส่วนใหญ่ โดยในกระบวนการคัดกรอง
พยาบาลมีการบันทึกข้อมูลประวัติ อาการสำคัญในเวชระเบียนผู้ป่วย แล้ว จึงลงความเห็นร่วมกันว่า
ให้คงแบบประเมินผู้ป่วย STEMI ดิไว้หน้างาน โดยไม่ต้องมีแบบบันทึกการประเมินคัดกรอง
เก็บไว้ในทะเบียนผู้ป่วย เพื่อความสะดวกในการทบทวนและอ้างอิง และประหยัดเวลาและ
ทรัพยากรได้แบบคัดกรองดังภาพที่ 4.2 ดิไว้ให้ผู้ปฏิบัติใช้อ้างอิงหน้างานบริเวณคัดกรองผู้ป่วย
อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร และจากการสัมภาษณ์เจาะลึก สนทนอย่างไม่เป็น
ทางการผู้ปฏิบัติพึงพอใจและไม่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

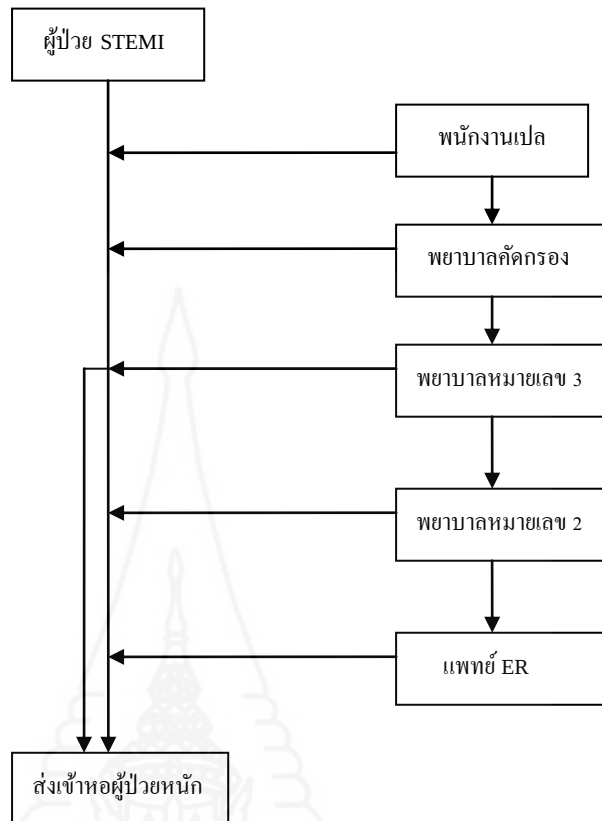
แบบคัดกรองจำแนกประเภทผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร (Jainad Narendra STEMI Evaluation 2011; JNSE 2011)

ประเด็นประเมิน	การซักประวัติและอาการที่เข้าได้กับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	ผู้รับผิดชอบปฏิบัติ
1. ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 1.1 คำถาม “What” เป็นอะไรมา 1.2 คำถาม “When” เป็นมาตั้งแต่เมื่อไหร่ 1.3 คำถาม “How” เป็นอย่างไร	☐ เจ็บแน่นหน้าอก ☐ รู้สึกอึดอัดบริเวณหน้าอก ☐ ปวดเมื่อยหัวไหล่ คอ หรือปวดกราม ☐ จุกแน่นลิ้นปี่ ☐ .เหนื่อยง่ายขณะออกแรง ☐ หายใจหอบ นอนราบไม่ได้ ☐ เป็นลม ใจสั่น เหงื่อออก ☐ เวียนศีรษะ อาเจียน หน้ามืด ☐ หมดสติ หัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน ☐ เป็นมาตั้งแต่เมื่อไหร่ ☐ เป็นมานานเท่าไร ☐ เจ็บหน้าอก ร้าวไปบริเวณคอ กราม ไหล่ และแขนทั้ง 2 ข้าง โดยเฉพาะข้างซ้าย ☐ เจ็บหนักๆ เหมือนมีอะไรมาทับหรือรัดบริเวณกลางหน้าอก ได้กระดูก Sternum ☐ เป็นติดต่อกันเกินกว่า 20 นาที ☐ เป็นต่อเนื่องหรือเป็นมากขึ้นนานเกินกว่า 20 นาที พักแล้วไม่หาย ☐ อายุ 45 ปี ขึ้นไป ☐ สูบบุหรี่ ☐ อ้วน ☐ เครียด ☐ ประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคหัวใจ ☐ เป็นโรคความดันโลหิตสูง ☐ เป็นโรคเบาหวาน ☐ เป็นโรคไขมันในเลือดสูง ☐ ประวัติเคยเป็นโรคหัวใจขาดเลือด	- พยาบาลคัดกรองหรือพยาบาลที่พบผู้ป่วยเป็นคนแรก
2. ปัจจัยเสี่ยง (Risk factors)		

ภาพที่ 4.2 ภาพแสดงการพัฒนาแบบประเมิน คัดกรองผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร

2) ในด้านการจัดหาเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจเครื่องใหม่ ในการสนทนากลุ่มพัฒนาโปรแกรมครั้งที่ 1 วันที่ 10 มิถุนายน 2554 พยาบาลวิชาชีพทีมผู้ร่วมวิจัย มีความเห็นร่วมกันว่า ควรเปลี่ยนเครื่องใหม่ เป็นเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจขนาดกระดาด เอ 4 เป็นเครื่องที่สามารถใช้งานได้ง่ายสะดวก และสามารถมองเห็นคลื่นไฟฟ้าหัวใจได้ชัดเจน และเห็นว่าต้องมีผู้ดูแลรักษาเครื่องให้พร้อมใช้ประจำทุกเวร และหัวหน้ากลุ่มทีมผู้ร่วมวิจัย นำเสนอความต้องการต่อผู้บริหารหน่วยงานเพื่อพิจารณา พร้อมทั้งเสนอให้มีการมอบหมายการดูแลเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ประจำเวร โดยเวรเช้าจะเป็นผู้ช่วยเหลือคนไข้ หมายเลข 2 เวรบ่าย-ดึก ให้เป็นพนักงานกู้ชีพหมายเลข 1 ซึ่งอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของหัวหน้าเวร หลังจากนั้นนำไปทดลองปฏิบัติ 1 เดือน แล้วจัดสนทนากลุ่มเพื่อแสดงความคิดเห็น วันอาทิตย์ที่ 10 กรกฎาคม 2554 พบว่ายังคงมีปัญหาจากการใช้เครื่องตรวจ EKG เครื่องเดิมแม้จะมีผู้ดูแลแล้ว แต่เครื่องเก่าและถูกใช้บ่อย จึงมีความคลาดเคลื่อนและล่าช้าในบางครั้ง ผู้บริหารได้ให้ตัวแทนจำหน่ายเครื่องตรวจ EKG ชนิด 12 ลีด ในหน้ากระดาด เอ 4 นำเครื่องใหม่มาสาธิตและให้ผู้ปฏิบัติทดลองใช้ก่อนดำเนินการจัดซื้อ 1 เครื่อง จัดสนทนากลุ่มครั้งที่ 3 วันอังคารที่ 9 สิงหาคม 2554 ผู้ปฏิบัติให้ความเห็นตรงกันว่าเครื่องที่ทดลองใช้มีความไวมากเกินไป เส้น EKG ไม่เรียบต้องเสียเวลาทำหลายครั้ง ถ้าคนไข้เจ็บหน้าอก กระสับกระส่าย จะทำ EKG ออกมาแล้วอ่านผลไม่ได้ เสนอให้ปรับปรุงแก้ไขก่อนจัดซื้อ หรือเปลี่ยนเครื่องใหม่ ถ้ายังทำไม่ได้ก็ไม่ควรจัดซื้อ ตัวแทนบริษัทจำหน่ายเครื่องตรวจ EKG นำเครื่องใหม่มาเปลี่ยนให้ผู้ปฏิบัติทดลองใช้ จัดสนทนากลุ่มครั้งที่ 4 วันจันทร์ที่ 12 กันยายน 2554 ผู้ปฏิบัติพึงพอใจและไม่มีข้อคิดเห็นเพิ่มเติม จึงขออนุมัติซื้อและใช้งานต่อไป

3) ด้านการกำหนดบทบาทหน้าที่ภายในทีม จากการสนทนากลุ่มครั้งที่ 1 วันศุกร์ที่ 10 มิถุนายน 2554 พยาบาลวิชาชีพกลุ่มผู้ร่วมวิจัย ส่วนใหญ่มีความเห็นในการประชุมครั้งนี้ว่าพยาบาลคัดกรองซึ่งเป็นพยาบาลหมายเลข 5 เป็นผู้คัดกรองส่งเข้าด้านในห้องรักษาพยาบาล หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แจ้งพยาบาลวิชาชีพหมายเลข 3 ทำ EKG นำผลให้พยาบาลหัวหน้าทีมหมายเลข 2 หรือแพทย์เวรห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แล้วพยาบาลหมายเลข 3 เป็นผู้ดูแลต่อเนื่องจนตามส่งผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยหนัก ตามกระบวนการดังภาพที่ 4.3 หลังจากนั้นทดลองปฏิบัติ 1 เดือน จัดสนทนากลุ่มครั้งที่ 2 วันอาทิตย์ที่ 10 กรกฎาคม 2554 พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติเห็นว่า ถ้ามีผู้ป่วยเจ็บแน่นหน้าอกสงสัย STEMI แล้วต้องรอพยาบาลหมายเลข 5 คัดกรองจะทำให้การดูแลผู้ป่วยล่าช้า ที่ประชุมจึงมีมติให้ผู้พบผู้ป่วยเป็นคนแรกเป็นผู้ประเมินคัดกรอง ทำ EKG แจ้งทีมดูแลผู้ป่วย และพยาบาลหมายเลข 3 พร้อมทั้งส่งผล EKG ให้แพทย์ ร่วมให้การดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น และเก็บส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติตัดสินใจเซ็นชื่อยินยอมให้ยาลดไขมันลิ้มเลือดแล้วติดต่อส่งผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยหนัก ทดลองปฏิบัติต่อเนื่อง 1 เดือน



ภาพที่ 4.3 ภาพแสดงกระบวนการดูแลผู้ป่วย STEMI จากการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพครั้งที่ 1

จัดสนทนากลุ่มครั้งที่ 3 วันอังคารที่ 9 สิงหาคม 2554 พยาบาลวิชาชีพผู้ร่วมวิจัยส่วนใหญ่มีความเห็นว่าบทบาทผู้ปฏิบัติยังขาดความยืดหยุ่น และการกระจายภาระงานที่เหมาะสม ซึ่งพบว่าบางครั้งพยาบาลหมายเลข 3 มีภาระงานหนัก เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยวิกฤต ถ้ามีผู้ป่วยวิกฤตมาพร้อมๆ กัน อาจทำให้การดูแลรักษาได้ช้าเช่นกัน ควรกำหนดบทบาทที่ยืดหยุ่นและปฏิบัติได้ ที่ประชุมมีมติให้แจ้งหัวหน้าทีมพยาบาลในเวรนั้นๆ ให้บริหารจัดการมอบหมายหน้าที่ได้ หรือปรึกษาผู้บริหาร หรือปรึกษาพยาบาลเวรตรวจการกรณีมีผู้ป่วยหนักพร้อมกันหลายราย ทดลองปฏิบัติ 1 เดือน พร้อมกับส่งเครื่องมือการกำหนดบทบาทสมาชิกทีมผู้ปฏิบัติให้ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อเสนอแนะเข้าสู่ที่ประชุมสนทนากลุ่มครั้งที่ 4 วันจันทร์ที่ 12 กันยายน 2554 ที่ประชุมกลุ่มปรึกษาผู้บริหารหน่วยงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินพิจารณาเห็นว่าผู้ป่วย STEMI เป็นผู้ป่วยที่เข้าระบบช่องทางด่วน ควรลดช่องว่างการส่งต่อผู้ป่วยในหน่วยงาน ซึ่งมีมติที่ประชุมรับมาร่วมกันกำหนดบทบาทในทีมใหม่ดังภาพที่ 4.4, 4.5 และ 4.6 ตามลำดับ

กระบวนการปฏิบัติงานและการติดต่อสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในขณะที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชยันตนาทนคร จังหวัดชัยนาท

ประเด็นการปฏิบัติ	แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน	ผู้รับผิดชอบปฏิบัติ
1. การรับผู้ป่วยเมื่อแรกมาถึง โรงพยาบาล 1.1 กรณีมาโรงพยาบาลเอง 1.2 กรณีมาโดยรถเข็นของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency medical service; EMS)	1. กำหนดให้พนักงานเปลตามอาคาร และอายุ ถ้าอาการเจ็บแน่นหน้าอก อายุ 45 ปีขึ้นไป ให้ใช้รถเข็นนอนกับผู้ป่วยดังกล่าวนี้ทุกราย 2. กำหนดให้พนักงานเปลแจ้งอาการผู้ป่วยแก่พยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่คัดกรอง หรือผู้ที่อยู่ใกล้ที่สุดในเวลานั้น พร้อมทั้งแจ้งรถผู้ป่วยเข้ามาในบริเวณดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน 3. กำหนดให้พยาบาลคัดกรอง /พยาบาลที่พบผู้ป่วยเป็นคนแรก เป็นผู้ทำหน้าที่ซักประวัติ ประเมิน บันทึกประวัติและอาการผู้ป่วย และ รับผิดชอบการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electro cardiography ; EKG) รายงานแพทย์ และหัวหน้าทีม แจ้งทีมผู้ปฏิบัติร่วมให้การช่วยเหลือทันที 1.ทันทีที่ได้รับแจ้งเหตุให้ออกบริการ ณ จุดเกิดเหตุ ว่ามีผู้ป่วยที่ประวัติเข้าได้กับโรคหัวใจขาดเลือดหรือเป็น สมาชิกทีมกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจของ EMS member club ให้ใช้ชุดปฏิบัติการ การแพทย์ฉุกเฉินขั้นสูง (Advance life support, ALS) ออกปฏิบัติการ 2. เมื่อถึงจุดเกิดเหตุ พยาบาลหัวหน้าทีมประเมินอาการผู้ป่วย โทรแจ้งศูนย์สั่งการเพื่อรายงานแพทย์ ให้การช่วยเหลือเบื้องต้น และนำส่งโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุดที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดได้ 3. กรณีนำส่งโรงพยาบาลชยันตนาทนคร เมื่อมาถึงโรงพยาบาล ให้พนักงานขับรถ เข็นรถนอนนำผู้ป่วยเข้ามาในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ณ จุดบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยไม่ต้องเปลี่ยนรถนอน จนกว่าจะตรวจ EKG แล้วเสร็จ 4. พยาบาลที่ออกไปให้บริการ EMS เป็นผู้ รับผิดชอบการตรวจ EKG รายงานแพทย์ และหัวหน้าทีม แจ้งทีมผู้ปฏิบัติร่วมให้การช่วยเหลือทันที	- พนักงานเปลผู้พบผู้ป่วยเป็นคนแรก - พยาบาลคัดกรองหรือพยาบาลที่รับผู้ป่วยเป็นคนแรก - พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าเวร - พยาบาลวิชาชีพหมายเลข 1 และทีม - พนักงานขับรถ EMS - พยาบาลวิชาชีพหมายเลข 1 และทีม

ภาพที่ 4.4 ภาพแสดงกระบวนการดูแลผู้ป่วย STEMI กรณีผู้ป่วยมาเอง/รับ EMS

ประเด็นการปฏิบัติ	แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน	ผู้รับผิดชอบปฏิบัติ
1.3 กรณีมาโดยระบบการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน (Referral system)	1. เมื่อรับแจ้งจากโรงพยาบาลชุมชนทางโทรศัพท์ และได้รับผลการตรวจ EKG ผู้ป่วยทางโทรสาร ว่ากำลังจะส่งต่อผู้ป่วย STEMI มาพยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าเวร รายงานแพทย์และทีมพร้อมทั้งโทรประสานกับหอผู้ป่วยหนัก (Intensive care unit; ICU) เพื่อเตรียมความพร้อมรับผู้ป่วย 2. เมื่อมาถึงโรงพยาบาลชั้นนาคาเรนทร กำหนดให้พนักงานขับรถ refer ขึ้นรถขนานนำผู้ป่วยเข้ามาในบริเวณดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยยังไม่ต้องเปลี่ยนรถเข็นจนกว่าจะตรวจ EKG แล้วเสร็จ 2. พยาบาลคัดกรองหรือพยาบาลที่รับผู้ป่วยคนแรก เป็นผู้ทำหน้าที่ซักประวัติ ประเมิน บันทึกประวัติและอาการผู้ป่วย รับผิดชอบการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electro cardiography ; EKG) รายงานแพทย์ และหัวหน้าทีม แจ้งทีมผู้ปฏิบัติ ร่วมให้การช่วยเหลือทันที 3. กำหนดให้พนักงานเปลเปลี่ยนรถเข็นนอนจาก EMS / Refer เป็นรถของศูนย์เปลหลังทำ EKG แล้วโดยใช้แผ่นสไลด์ทุกราย	- พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าเวร - ทีมส่งต่อผู้ป่วยจาก โรงพยาบาลชุมชน - พยาบาลคัดกรองหรือพยาบาลที่รับผู้ป่วยเป็นคนแรก
2. ปฏิบัติการและประสานงานการดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชั้นนาคาเรนทร	1. กำหนดให้พยาบาลหัวหน้าทีม เป็นผู้มอบหมายสมาชิกทีมจะเลือกส่งตรวจตาม STEMI Fast track ของโรงพยาบาล พร้อมขอผล โทรโปนินที (Troponin T) จากห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยาคลินิกด่วนที่สุด พร้อมทั้ง ให้การดูแลตามแผน Fast track และ เฝ้าประเมินติดตามบันทึกอาการและนำส่งผู้ป่วยไป ICU 2. กำหนดให้พยาบาลวิชาชีพผู้ประเมินคัดกรองหรือรับผู้ป่วยเป็นคนแรก ทำแบบประเมินความเสี่ยงในการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase; SK) ร่วมกับแพทย์เวรห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Accidental and Emergency Department; A&E or ED or ER) 3. พยาบาลหัวหน้าเวรติดต่อประสานงานระหว่างแพทย์เวร A&E และแพทย์ที่ปรึกษาแผนกอายุรกรรม โดย 3.1 ในเวลาราชการระหว่าง 08.30 น.-16.30 น. ให้ปรึกษาแพทย์ อายุรกรรมที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย ICU 3.2 นอกเวลาราชการหรือวันหยุด ให้ปรึกษาแพทย์เวรที่ปรึกษาแผนกอายุรกรรมตามตารางเวรขององค์กรแพทย์ 4. รับทราบผลการตัดสินใจของแพทย์ที่ปรึกษาแผนกอายุรกรรมเรื่องการให้หรือไม่ให้ SK และ แจ้งแก่ทีมผู้ปฏิบัติทราบ 5. พยาบาลวิชาชีพให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเรื่องประโยชน์และความเสี่ยงในการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase; SK) ร่วมกับแพทย์ พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยเซ็นชื่อยินยอมการให้ยา SK	- พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าเวร และ พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมาย (หมายเลข 3 หรือ 4) - แพทย์เวร ER พยาบาลคัดกรองหรือพยาบาลที่รับผู้ป่วยเป็นคนแรก - พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าเวร - แพทย์เวร ER

ภาพที่ 4.5 ภาพแสดงกระบวนการดูแลผู้ป่วย STEMI กรณีผู้ป่วยรับส่งต่อ

ประเด็นการปฏิบัติ	แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน	ผู้รับผิดชอบปฏิบัติ
2. ปฏิบัติการและประสานงานการดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงาน อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร (ต่อ) 3. การประสานงาน ส่งต่อผู้ป่วยไป ICU 4. การสื่อสารผลลัพธ์ 5. กระบวนการพัฒนาเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจในหน่วยงานผู้ป่วย อุบัติเหตุและฉุกเฉิน กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร จังหวัดชัยนาท	1. ทันทีที่ทราบว่าผู้ป่วย STEMI หัวหน้าทีมพยาบาล ต้องแจ้งห้อง ICU ทันที เพื่อเตรียมความพร้อม เมื่อแผนการรักษา และการเตรียมผู้ป่วยพร้อมเรียบร้อยแล้วจึงส่งเวรละเอียดยกและย้ายผู้ป่วยไป 1. กำหนดให้มีตัวแทนหน่วยงานสื่อสารผลลัพธ์แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องเช่น องค์กรแพทย์ ICU และศูนย์แปล เป็นต้น 1. เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจต้องอยู่ในสภาพพร้อมใช้ตลอดเวลา โดยมีอุปกรณ์ต่อพ่วง จุกยางครบ และสะอาดไม่มีคราบเจลติดไฟฟ้า แบตเตอรี่เก็บไฟฟ้าได้ หรือสามารถเสียบกระแสไฟตรงได้ มีกระปุกสำลีชุบ 70% แอลกอฮอล์ สำหรับทำความสะอาดพร้อมใช้ 1.1 ผู้รับผิดชอบดูแลให้พร้อมใช้ประจำเวร: 1.1.1 เวรเช้า กำหนดให้ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ เป็นผู้ดูแล ถ้าขึ้น 2 คน ให้หมายเลข 2 เป็นผู้ดูแลภายใต้ความรับผิดชอบของพยาบาลหมายเลข 1 1.1.2 เวรบ่าย กำหนดให้พนักงานเวชกิจฉุกเฉินหมายเลข 2 เป็นผู้ดูแลภายใต้ความรับผิดชอบของพยาบาลหมายเลข 1 1.1.3 เวรดึก กำหนดให้พนักงานเวชกิจฉุกเฉินหมายเลข 3,4 เป็นผู้ดูแล ภายใต้ความรับผิดชอบของพยาบาลหมายเลข 1	พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมาย (หมายเลข 3 หรือ 4) - พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าเวร - พยาบาลวิชาชีพผู้ได้รับมอบหมายจากสมาชิกทีมงานการดูแลผู้ป่วย 1.1.1 ผู้ช่วยเหลือคนไข้ พยาบาล วิชาชีพ หมายเลข 1 1.1.2 พนักงานเวชกิจฉุกเฉินหมายเลข 2 พยาบาลวิชาชีพ หมายเลข 1 1.1.3 พนักงานเวชกิจฉุกเฉินหมายเลข 3,4 และ พยาบาล หมายเลข 1

ภาพที่ 4.6 ภาพแสดงกระบวนการดูแลผู้ป่วย STEMI กรณีการประสานงานในทีมและระหว่างทีม

4) การทบทวนเรื่องแนวปฏิบัติ และการสร้างแนวทางการสื่อสาร ผู้ปฏิบัติ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย STEMI ในการประชุมสนทนากลุ่มครั้งที่ 1 วันศุกร์ ที่ 10 มิถุนายน 2554 สมาชิกกลุ่มผู้ร่วมวิจัย ได้มีมติร่วมกันว่า ให้ทีมพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วย อายุรกรรมของหน่วยงาน ซึ่งอยู่ในทีมผู้ร่วมวิจัย 4 คน เป็นผู้รวบรวมข้อมูลเพื่อสื่อสารและสะท้อน ผลลัพธ์แก่ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ พร้อมทั้งนำตัวอย่าง กรณีศึกษามาทบทวนในที่ประชุมทุก 1 เดือน เข้าร่วมประชุมกับหน่วยงานภายนอกโรงพยาบาลแล้วนำมาถ่ายทอดสู่ผู้ปฏิบัติในที่ประชุมด้วย ดัง ตัวอย่าง

“..เรื่องข้อมูลคนไข้ *ST elevate* เดี่ยวหน่วยนั้นขอ หน่วยนี้ขอ เราเองก็ได้แต่ ทำๆ ไม่ค่อยรู้ข้อมูล..”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 5)

“...วันก่อนก็มีคนไข้ *Dyspepsia* มาจาก *OPD* มาลึดยา นอน *Observe* ไม่หายปวดท้อง ทำ *EKG* เป็น *STEMI* หนูนี้นะและเป็นคนเจอเอง...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 1)

“...ก็รู้กันเฉพาะคนที่อยู่ในเหตุการณ์...คนอื่นๆ ก็ไม่ค่อยรู้...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 1)

“...คนที่อยู่ *PCT med* น่าจะรับผิดชอบ เพราะตอนไปประชุมก็ต้องมีข้อมูลของเราไปด้วย แล้วก็ไปประชุมมาอะไรก็บอกกัน...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

หลังทดลองปฏิบัติ 1 เดือนประชุมสนทนากลุ่มครั้งที่ 2 วันอาทิตย์ที่ 10 กรกฎาคม 2554 เรื่องการเก็บข้อมูลสะท้อนผลลัพธ์ยังปฏิบัติได้ไม่ครอบคลุมเนื่องจากในผู้ป่วยที่ อาการและการวินิจฉัยยังไม่ชัดเจนซึ่งเป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดต้องติดตามการวินิจฉัย เมื่อจำหน่ายอีกครั้ง ในผู้ป่วยที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้แต่บางครั้งมีความล่าช้าเรื่องการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติ และการส่งผู้ป่วยขึ้นไปหอผู้ป่วยหนักชั้นสองซึ่งอยู่ไกลและใช้เวลานานกว่า 10 นาทีในการนำส่งผู้ป่วย ที่ประชุมตกลงว่าในผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดให้ รวบรวมข้อมูลหลังการจำหน่ายเพื่อให้การวินิจฉัยชัดเจนขึ้น ทดลองปฏิบัติต่อไปอีก 1 เดือน สนทนา

กลุ่มครั้งที่ 3 วันอังคารที่ 9 สิงหาคม 2554 ปัญหาการปฏิบัติยังมีลักษณะเดิมผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลกับทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยยุทธกรรมรับทราบซึ่งได้รับความร่วมมือจากแพทย์ในการวินิจฉัยที่ชัดเจนขึ้น ทดลองปฏิบัติต่อเนื่อง และสนทนากลุ่มครั้งที่ 4 วันจันทร์ที่ 12 กันยายน 2554 ที่ประชุมผู้ปฏิบัติพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจึงยังไม่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากผู้ปฏิบัติ แต่มีข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิให้บริหารยาละลายลิ้มเลือดในห้องฉุกเฉิน ที่ประชุมรับไว้พิจารณา แต่ยังไม่มีความคิดในการปฏิบัติใหม่ และเห็นว่าควรทดลองปฏิบัติเช่นเดิมต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานขึ้น และรอการประเมินผล จึงปฏิบัติแบบเดิมต่อเนื่องระหว่างเดือนตุลาคม 2554 ถึงเดือนมีนาคม 2555 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยสัมภาษณ์เจ้าสีกผู้ปฏิบัติและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และศึกษาเวชระเบียนผู้ป่วยในช่วงระยะเวลาดังกล่าว

2.1.6 ผลการจัดประชุมสนทนากลุ่มพนักงานเปล 17 คน ในวันที่ 5 กรกฎาคม 2554

มติที่ประชุม ไม่มีการเปลี่ยนแปลง ไม่มีข้อมูลย้อนกลับด้านการไม่ใช้รถเข็นนอนในผู้ป่วยกลุ่มผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลด้วยกลุ่มมาอาการ เจ็บหน้าอก ผู้ปฏิบัติพึงพอใจ

2.1.7 ผลจากผู้วิจัยนำแนวทางปฏิบัติในโปรแกรมที่ทีมผู้ปฏิบัติร่วมกันพัฒนาขึ้นทั้งหมดนำเสนอผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านพิจารณาให้ข้อเสนอแนะดังนี้

1) ในด้านวัตถุประสงค์ของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMIผู้เชี่ยวชาญให้ข้อคิดเห็นดังนี้

(1) วัตถุประสงค์ของโปรแกรมข้อ 3 ควรเป็นการระบุ ค่าเป้าหมายคือ อัตราของผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ้มเลือดภายใน 30 นาที (Door to needle times within 30 minutes) ว่าจะได้เท่าไร

(2) วัตถุประสงค์เดิมข้อที่ 3 ของโปรแกรม ที่ระบุว่า Onset to needle times within 12 hours เห็นสมควรตัดออกเนื่องจากเป็นส่วนที่โปรแกรมนี้อยู่ยังไม่สามารถควบคุมได้ทั้งหมด

(3) วัตถุประสงค์ของโปรแกรมอาจเพิ่มข้อ 4 เป็นผู้ป่วยจำเป็นต้องถูกส่งต่อไปที่อื่น ซึ่งยังไม่ทราบจำนวนจะต้องมีระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนถึงได้รับการส่งต่อ (Door- in door-out) เพื่อจัดการให้การส่งต่อเป็นไปได้อย่างรวดเร็ว

2) ในด้านการใช้แนวปฏิบัติการประเมินคัดกรองจำแนกประเภทผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาล ชัยนาทนครินทร์ จังหวัดชัยนาท ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นดังนี้

(1) การใช้แนวปฏิบัตินี้เพื่อประเมินความต้องการ การช่วยเหลือปัญหาฉุกเฉินได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว เหมาะสม และปลอดภัย และควรระบุความแตกต่างของแบบ

ประเมินนี้กับการคัดกรองผู้ป่วยอื่นเช่น เมื่อชักประวัติแล้วเข้าเกณฑ์จึงใช้แบบประเมินนี้เป็นต้น และผู้รับผิดชอบปฏิบัติ ควรพิจารณาตามความเหมาะสมตามสมรรถนะ และองค์ความรู้

3) ในกระบวนการปฏิบัติงานและการติดต่อสื่อสารการดูแลผู้ป่วยภาวะ กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในขณะที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาล ชัยนาทเรนทร จังหวัดชัยนาท ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นดังนี้

(1) ในกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชน มาถึงห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทเรนทร ถ้าผู้ป่วยถูกวินิจฉัยมาแน่นอนแล้วว่าเป็น STEMI ควรพิจารณาว่าจำเป็น หรือไม่ที่จะต้องทำ EKG เสนอแนะให้บริหารยาละลายลิ่มเลือดที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

(2) ควรกำหนดระยะเวลาในการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electro cardiogram :EKG) และรายงานแพทย์ ให้ชัดเจนว่าภายใน 10 นาที บทบาทผู้รับผิดชอบปฏิบัติ ควร พิจารณาตามสมรรถนะของแต่ละงานว่ามีความเหมาะสมหรือไม่

(3) กระบวนการปฏิบัติควรเขียนเป็น Flow chart จะทำให้เข้าใจง่ายกว่า และเห็นภาพรวมของกระบวนการทั้งหมด ของการดูแลผู้ป่วย

(4) ควรระบุการบริหารจัดการกรณี ICU เพียงเต็ม

4) ในด้านแบบประเมินข้อควรระวังในการบริหารยาละลายลิ่มเลือด ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นดังนี้

(1) ภาวะที่ผู้ป่วยถูกสงสัย STEMI มากๆ หรือวินิจฉัยไม่ได้ หรือมีภาวะ หัวใจล้มเหลว (Killip class ≥ 3) หรือมีภาวะช็อกจากหัวใจ (Cardiogenic shock) เป็นข้อบ่งชี้ใน การทำหัตถการตรวจพิเศษของหลอดเลือดแดงโคโรนารี (CAG, PCI) แต่ไม่ใช่ข้อห้ามใน การบริหารยาละลายลิ่มเลือด

(2) ควรสร้างแบบฟอร์มที่มีข้อห้าม /ข้อควรระวังในการบริหารยา ละลายลิ่มเลือด ไว้ในแบบฟอร์มเดียวกันกับใบยินยอมรับการบริหารยาละลายลิ่มเลือด

5) ในด้านโปสเตอร์ ให้ข้อมูล ความรู้สำหรับบุคลากรสาธารณสุขและ ประชาชนทั่วไป ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อเสนอแนะดังนี้

(1) ควรใช้คำ หรือข้อความที่เข้าใจง่าย ๆ เช่นข้อความ หรือคำดังต่อไปนี้

“การจู่โจมของโรคหัวใจ” ควรเปลี่ยนเป็น “กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เฉียบพลัน”

“จำนวนนาทีที่มีความสำคัญ” ควรจะเปลี่ยนเป็นข้อความว่า “เวลาที่มีความสำคัญ”

“ของทั้งผู้หญิงและผู้ชาย” ควรจะเปลี่ยนเป็นข้อความว่า
“ทั้งชายและหญิง”

“การจัดการกับผู้ที่เกิดโรคหัวใจ” ควรจะเปลี่ยนเป็นข้อความว่า
“การช่วยเหลือ คุณแลที่ถูกต้อง”

6) ด้านแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย STEMI หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
โรงพยาบาลชยันนาทเรนทร จังหวัดชยันนาทผู้เชี่ยวชาญให้ความคิดเห็นดังนี้

- (1) ผู้ป่วยดื่มเหล้า ไม่น่าใช่ปัจจัยเสี่ยง
- (2) ควรทบทวน อาการเจ็บหน้าอกในปัจจุบัน เกณฑ์ด้านเวลาเกินกว่า 20 นาทีหรือไม่
- (3) ควรเพิ่มระยะเวลาที่ผู้ป่วยไปถึงโรงพยาบาลชุมชน จนถึงเวลาที่ออกจากโรงพยาบาลชุมชน
- (4) ภาวะแทรกซ้อนของการให้ยาละลายลิ่มเลือดควรระบุว่ามีหรือไม่มี ถ้ามี เกิดที่ไหนเช่น ☐ ทางเดินอาหาร ☐ สมอ และ ☐ อื่นๆ
- (5) การส่งต่อจากโรงพยาบาลชยันนาทเรนทร ควรระบุเวลาเป็นนาทีในการส่งต่อด้วย
- (6) ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดควรระบุเหตุผลเพิ่มเติมได้แก่ ระยะเวลาเกิน 12 ชั่วโมง
- (7) ควรระบุสถานภาพการจำหน่าย ว่า ☐ ทุเลา หรือ ☐ เสียชีวิต ถ้าเสียชีวิต จาก ☐ โรค ☐ ภาวะแทรกซ้อน

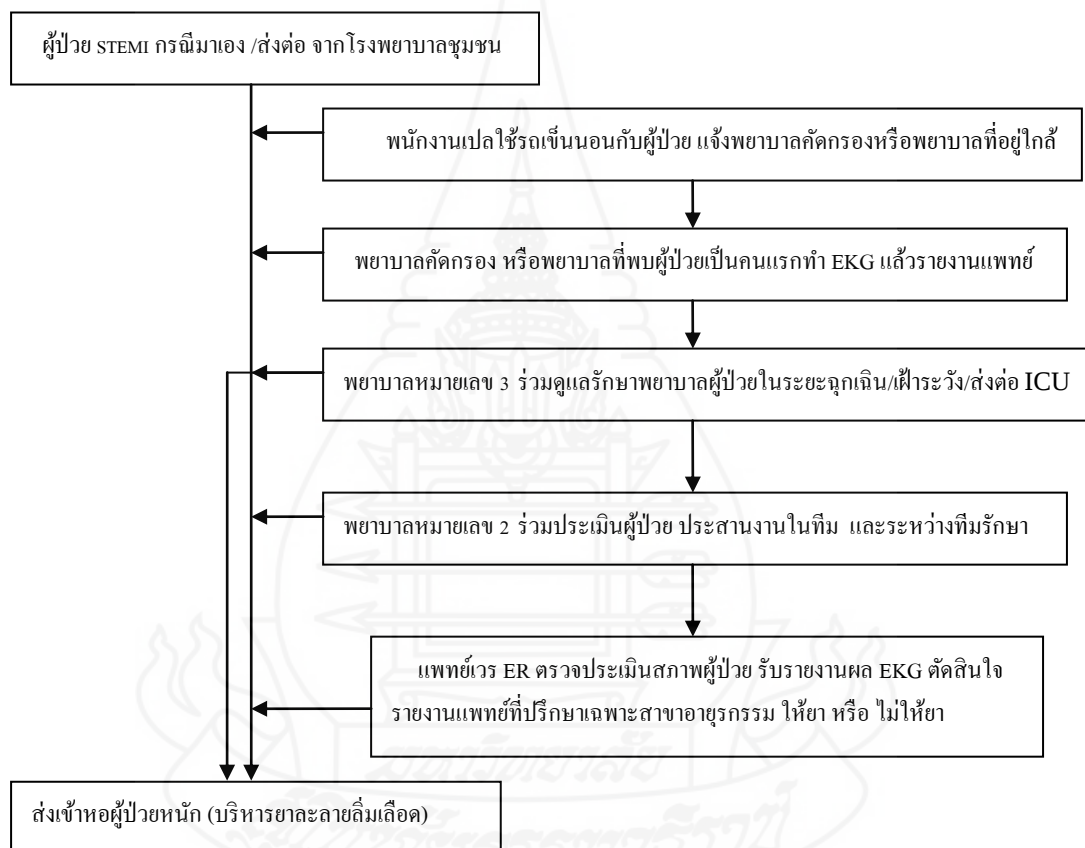
7) ด้านการเตรียมเครื่อง EKG ให้พร้อมใช้ เมื่อทำความสะอาดแล้วควรมีการกำหนดว่าให้เก็บ ณ ที่ใด มีสัญลักษณ์แสดงความ “พร้อมใช้” และมีแผนสำหรับผู้รับผิดชอบทำความสะอาดเซ็นชื่ออีกแผ่นหนึ่ง เพื่อประโยชน์ในการใช้เครื่องต่อไป

- 8) ข้อเสนอแนะอื่นๆ ได้แก่
 - (1) การดูแลผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้ ถ้าได้รับการดูแลไม่เหมาะสม ดังนั้นบุคลากรผู้ดูแลผู้ป่วย ควรกำหนดให้เป็นพยาบาลวิชาชีพเท่านั้น
 - (2) การขอผลเลือดด่วนควรมีกำหนดเวลาที่ชัดเจน เนื่องจากมีเวลาช่วยผู้ป่วยในเวลาที่จำกัด
 - (3) อยากให้พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรก เป็นผู้นำส่งผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยหนักเพื่อเป็นการดูแลแบบรายกรณี

(4) คำย่อบางคำควรเขียนตัวเต็ม เช่น SK

2.1.8 ในการ จัดประชุมสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพผู้ร่วมวิจัยครั้งที่ 4 วันที่ 12 กันยายน 2554 เวลา 15.00น-16.00น. ณ ห้องประชุมวิชาการ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญมาสู่ที่ประชุม ร่วมกันปรับปรุงแก้ไข การปฏิบัติตามโปรแกรม นำเสนอผู้บริหารหน่วยงาน ปรับปรุงอีกครั้งให้สอดคล้องกับบริบท โรงพยาบาลชยันตพันธุ์ในปัจจุบัน แล้วนำมาทดลองปฏิบัติในหน่วยงาน โดยบทบาทผู้ปฏิบัติ อยู่ในรูป Flow Chart ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญดังภาพที่ 4.7

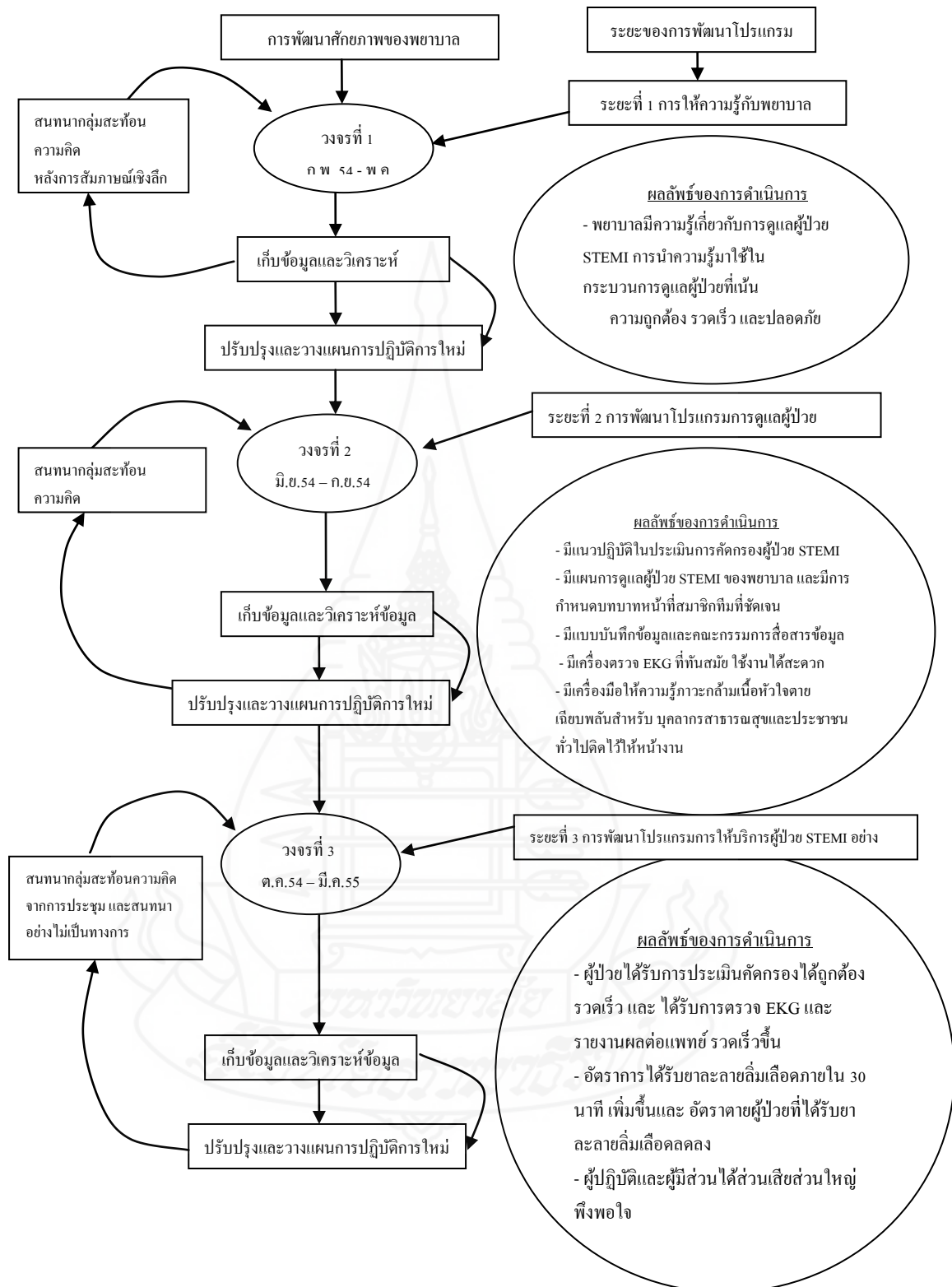


ภาพที่ 4.7 ภาพแสดงกระบวนการดูแลผู้ป่วย STEMI ตามความคิดเห็น
ของผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งผู้ปฏิบัติยอมรับจากมติการประชุม
พยาบาลวิชาชีพผู้ร่วมวิจัยครั้งที่ 3

**ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลการปฏิบัติตามโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ใน
หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชยันตนาทนเรนทร
ที่พยาบาลวิชาชีพผู้ร่วมวิจัยพัฒนาขึ้น ระยะเวลาดำเนินการ
6 เดือนระหว่างเดือนตุลาคม 2554 ถึง เดือนมีนาคม 2555**

พบว่า การดำเนินการเป็นลักษณะวงจรการวิจัยแบบมีส่วนร่วม แสดงภาพวงจร
การพัฒนาได้ดังภาพที่ 4. 8





ภาพที่ 4. 8 แสดงวงจรการพัฒนาโปรแกรมแผนการดูแลผู้ป่วย STEMI หน่วยงาน
อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร

เก็บข้อมูลโดยสัมภาษณ์เชิงลึก สัมภาษณ์ระหว่างการสัมภาษณ์ สันทนาอย่างไม่เป็นทางการ และจัดประชุมสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำนวน 22 คน ซึ่งมีพยาบาลวิชาชีพ 6 คน เป็นผู้ร่วมวิจัยตลอด ทั้ง 3 ระยะ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลผู้ป่วย STEMI ได้แก่ อายุรแพทย์ 2 คน แพทย์เพิ่มพูนทักษะ 1 คน ผู้ป่วยประสบการณ์ STEMI 1 คน พร้อมทั้งศึกษาเวชระเบียนผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่า STEMI และรับไว้รักษาในโรงพยาบาลชยันตนาทเรนทรจำนวน 38 ราย โดยมีผู้ร่วมวิจัยร่วมกันตรวจสอบเวชระเบียนได้แก่แพทย์ชำนาญการสาขาอายุรกรรม 1 คน แพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน 1 คน พยาบาลวิชาชีพงานหอผู้ป่วยหนัก ผู้ให้ข้อมูลในระยะวิเคราะห์สถานการณ์ 2 คน พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 1 คน พยาบาลวิชาชีพสายอายุรกรรม 7 คน รวม 12 คน ซึ่งผลลัพธ์ทางคลินิกดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 แสดงผลลัพธ์ทางคลินิกของการดูแลผู้ป่วย STEMI ก่อนและหลังการพัฒนาโปรแกรม

ผลลัพธ์ทางคลินิก	ก่อนการพัฒนาโปรแกรม	หลังพัฒนาโปรแกรม	Z	P-value
1. อัตราผู้ป่วยที่แพทย์ผู้ดูแลได้รับผลการตรวจ EKG ภายใน 10 นาที	ร้อยละ 66	ร้อยละ 97.37	6.16	.000
2. อัตราผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที	ร้อยละ 13.63	ร้อยละ 33.33	3.25	.001
3. อัตราตาย	ร้อยละ 18.5	ร้อยละ 28.95	1.67	.095

จากตารางที่ 4.2 อัตราผู้ป่วย STEMI ที่แพทย์ผู้ดูแลได้รับผล EKG ภายใน 10 นาที เพิ่มขึ้นจากเดิม ร้อยละ 66 เป็นร้อยละ 97.37 ($P=.000$) และอัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13.63 เป็นร้อยละ 33.33 ($P=.001$) อัตราตายเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 18.5 เป็นร้อยละ 28.95 ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=.095$)

ผลการประเมินความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียส่วนใหญ่พึงพอใจกับการพัฒนาและการปฏิบัติตามโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชยันตนาทเรนทร โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2554 ถึงมีนาคม 2555 มีข้อค้นพบที่สะท้อนผลลัพธ์ของการพัฒนา ดังนี้

3.1 พยาบาลมีศักยภาพทั้งความรู้และความสามารถในการประเมินคัดกรองผู้ป่วยที่อาจมีภาวะ STEMI ได้แม่นยำและรวดเร็วขึ้น สามารถตรวจ และแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจพร้อมทั้งรายงานแพทย์ได้รวดเร็วขึ้น มีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ให้การดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น ในผู้ป่วย STEMI ที่ไม่มีข้อห้ามในการให้ยา ละลายลิ่มเลือดสามารถส่ง

ผู้ป่วยไปรับยาที่หอผู้ป่วย ICU ภายในเวลา 30 นาทีเพิ่มขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดของพยาบาล และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่พูดว่า

“...เดี๋ยวนี้ STEMI มาพวกเรากระตือรือร้นกันทุกคน พอเห็นคนไข้ รู้อาการก็รีบทำ EKG ดูกันแล้ว ถ้าไข้ก็รีบบอกแพทย์ ให้ Consult med บอก ICU เลย...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 10)

“...ถ้าเป็นคนไข้ Refer หนอง ICU และก็ทำบัตรทำ Admit รอเลยมาถึง ER แป๊บเดียว ไม่ถึง 20 นาทีมั้ง ก็ย้ายไป ICU แล้ว...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 4)

“...มีคนไข้ ST elevate คนนึงนะ มาราชการที่จังหวัดเราแล้วมีอาการ และก็พามา โรงพยาบาลเร็ว ประมาณชั่วโมงนึงนะ มาถึง ER เราก็เร็วให้ยาที่เร็ว เขาบอกว่า อาการเจ็บเหมือนจะขาดใจหายไปเลยนะ EKG ก็ลงเหมือนปกติเลย พอไปสวนหัวใจที่กรุงเทพ หมอที่โน่นบอกดี ไม่ต้องใส่บอลลูนเลย...เนี่ย ชัดเลยนะ ช่วยเร็วทำไยดี...”

(แพทย์ชำนาญการพิเศษสาขาอายุรกรรม)

“...ก็เร็วแล้วนะพี่ พี่ๆ และทีมก็เร็วกันทุกคน พอ STEMI มา ก็รีบช่วยกัน และก็ย้ายไป ICU จะมีก็แต่คนไข้ช็อกที่ต้องช่วยก่อน...”

(แพทย์ปฏิบัติการ)

“...ขณะผมเดินอยู่ในอาคารโรงเรียน...อยู่ๆเกิดอาการเหนื่อยแน่นหน้าอก เหมือนอาการจุก แล้วฝ่ามือทั้ง 2 ข้างเริ่มชา หายใจลำบาก เหนื่อยขึ้น และเจ็บหน้าอกอย่างรุนแรง ก้าวขาไม่ออก อาการช่วยตัวเองไม่ได้ จนถูกนำส่งมา โรงพยาบาล และได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างดีและทันทั่วทั้งที่จากแพทย์ พยาบาล คนงานทั้งฉุกเฉิน และ ICU ขอบคุณมากๆครับ...”

(ผู้ป่วยประสบการณ์ STEMI)

3.2 มีแนวปฏิบัติการประเมินคัดกรองผู้ป่วย STEMI เช็กलिस्ट มีเครื่องตรวจ EKG ที่ทันสมัยและใช้งานได้สะดวกขึ้น มีแผนภูมิกำหนดบทบาทหน้าที่ภายในทีมชัดเจน มีแบบบันทึกข้อมูลและคณะกรรมการสื่อสารข้อมูลและสะท้อนผลลัพธ์แก่ผู้ปฏิบัติและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่าง

ต่อเนื่อง มีโปสเตอร์ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสำหรับบุคลากร
สาธารณสุขและประชาชนทั่วไปภายในโรงพยาบาล

3.3 สหวิชาชีพผู้เกี่ยวข้องซึ่งร่วมการวิจัยในครั้งนี้นำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยไปใช้ในการวางแผนดำเนินการพัฒนาคุณภาพบริการในส่วนที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่องซึ่งเป็นการพัฒนาที่ยั่งยืน มีข้อค้นพบในระยะวิเคราะห์ผลการวิจัยนี้ว่าทั้งผู้บริหารทุกระดับ และผู้ปฏิบัติในหน่วยงานมีความตระหนักถึงความสำคัญในการพัฒนาการจัดการบริการผู้ป่วย STEMI เพื่อเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้สูงขึ้น

