

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Myocardial infarction) เป็นโรคที่เป็นปัญหาที่สำคัญของโลกและประเทศไทย เป็นสาเหตุการตายที่พบมากที่สุดของประชากรโลก ซึ่งในแต่ละปีจะมีผู้เสียชีวิตทั่วโลกประมาณ 17.3 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น คาดว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 23 ล้านคนทั่วโลก (World Heart Federation, 2556) ซึ่งในประเทศไทยสหรัฐอเมริกาพบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจประมาณ มากกว่า 8 ล้านคนต่อปี คาดว่าคนอเมริกาจะเสียชีวิตจาก โรค Acute myocardial infarction ทุก 36 วินาที (American Heart Association, AHA, 2007) สำหรับในประเทศไทยพบว่าโรคหัวใจตายเฉียบพลันยังเป็น 1 ใน 3 ของสาเหตุ การเสียชีวิต โดยพบว่าผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นทุกปีตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 – 2558 เท่ากับ 22.47, 23.45, 26.91, 27.83 และ 27.88 ต่อประชากรแสนรายตามลำดับ และมีแนวโน้มที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2558)

การเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันส่วนใหญ่ ร้อยละ 30 - 50 เสียชีวิตที่บ้านหรือระหว่างการเดินทางมาโรงพยาบาล (เกรียงไกร เสงรัมย์, 2557) เนื่องจากการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจอย่างเฉียบพลันจะทำให้การไหลเวียนเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจหยุดชะงัก และ เสียชีวิตได้ ภายใน 4 – 6 ชั่วโมง ซึ่งแนวทางการรักษาคือการเปิดหลอดเลือดหัวใจให้เร็วที่สุด โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดหรือการขยายหลอดเลือดหัวใจโดยใช้บอลลูน ภายใน 12 ชั่วโมง (เกรียงไกร เสงรัมย์, 2557:40) แต่การปรับลดระยะเวลา door to needle time ในโรงพยาบาลอย่างเดียวโดยที่ไม่ลด total ischemic time ไม่สามารถลดอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยได้ (ภัทรพงษ์ พิรวงศ์, 2557: น.20) ดังนั้น ผู้ป่วยและครอบครัว จำเป็นต้อง มีความรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และจัดการช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และสามารถเข้ารับบริการในโรงพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งได้รับ การดูแลรักษาในโรงพยาบาลได้อย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพ และการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน หรือการส่งต่อไปเพื่อรับการดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อไป

จากการดำเนินโครงการ 10,000 ดวงใจ ปลอดภัยด้วยพระบารมี ในปี 2556 พบว่าสาเหตุที่ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ได้แก่ การวินิจฉัยโรคล่าช้า การส่งต่อผู้ป่วยทำได้ลำบาก หรือล่าช้า ระบบเครือข่ายที่ยังไม่เชื่อมโยงกันอย่างสมบูรณ์หรือปัญหาด้านการประสานงานและผู้ป่วยมาพบแพทย์ช้า ทำให้ผลการรักษาไม่ดี ดังนั้น ทีมงานในโรงพยาบาลที่ดูแลรักษาจึงต้อง มีความเชี่ยวชาญ มีแนวทางเพื่อการดูแลรักษาในระยะเฉียบพลันที่มีคุณภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตสูง (ไพบูลย์ สุริยะวงษ์ไพศาล, 2552) รวมทั้งการพัฒนากระบวนการสุขภาพของประเทศไทย และการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น จะต้องจัดกิจกรรมหลายด้านที่มุ่งเน้นความสำคัญในการป้องกันโรค การสร้างเสริมสุขภาพ และการดูแลผู้ป่วยอย่างครบวงจร ด้วยความร่วมมือแบบสหสาขาวิชาชีพ และเป็นทิศทางเดียวกัน อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิต และประหยังบประมาณของประเทศด้วย (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2550 ; ประคอง อินทรสมบัติ, 2555)

จากการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทยและเกิดวิกฤตทางเศรษฐกิจและสังคม ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงในการจัดการ กระทรวงสาธารณสุขปรับแนวทางการพัฒนาสุขภาพจากเดิมมุ่งเน้นการรักษา ในปี 2556 เน้นการจัดบริการครอบคลุมการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู เข้าด้วยกันโดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ภายในเครือข่ายที่มีอยู่อย่างจำกัดให้ได้ประโยชน์สูงสุด โดยดำเนินการจัดแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) ทำให้เครือข่ายบริการพยายามจัดระบบบริการไว้รอต่อ ปรับปรุงคุณภาพการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพในรูปแบบทีมการดูแลผู้ป่วย (Patient care team) และนำแผนการดูแลผู้ป่วย (clinical pathway) มาใช้เพื่อช่วยให้การใช้ทรัพยากรต่างๆ ของโรงพยาบาลเป็นไปอย่างเหมาะสม มีการประสานงานที่ดี ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

การจัดการรายกรณี (case management) เป็นการดำเนินงานของทีมสุขภาพและผู้เกี่ยวข้อง โดยมีผู้จัดการรายกรณีทำหน้าที่ประสานความร่วมมือในการประเมิน การวางแผน อำนวยความสะดวก สนับสนุน เป็นปากเสียงเพื่อพิทักษ์สิทธิในการได้รับบริการสุขภาพที่เหมาะสม และเป็นธรรม (ศิริอร สันธุ, 2556) โดยมีเป้าหมายให้ผู้ใช้บริการพึงพอใจ ได้การดูแลที่มีคุณภาพ มีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม (Powell&Tahan, 2010) ในส่วนของการดูแลผู้ป่วยกล่อมเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโดยใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีมาประยุกต์ตามแนวคิดของ Powell (2010: 206-240) ซึ่งได้กำหนดกระบวนการจัดการรายกรณีไว้ 7 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นหาคัดกรองผู้ป่วย การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย การประสานงาน วางแผนการดูแล การปฏิบัติการดูแลตามแผน การดำเนินการต่อเนื่อง ฝ้าติดตาม การประเมินซ้ำ การประเมินผลใหม่ และการปิด case จากรายงานการวิจัยพบว่า รูปแบบการจัดการรายกรณี ทำให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีการประสานความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยร่วมกัน และประสานงานการดูแล

ช่วยเหลือแก้ไขปัญหาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว มีการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพรวมทั้งมีการประเมินและติดตามผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง (สุนิตย์ โพธิ์จันทร์, 2555 และไพรวลัย พรหมดี, 2557)

โรงพยาบาลชะอำเป็นโรงพยาบาลรับส่งต่อระดับกลาง (M2) ขนาด 90 เตียง ตั้งอยู่ในแหล่งท่องเที่ยวที่สำคัญของจังหวัดเพชรบุรี มีถนนเพชรเกษมสายหลักที่เป็นเส้นทางลงสู่ภาคใต้ ในช่วงเทศกาลสำคัญที่มีวันหยุดติดต่อกันจะมีประชาชนเข้ามาพัก และท่องเที่ยวเป็นจำนวนมาก กำหนดวิสัยทัศน์คือเป็นโรงพยาบาลและเครือข่ายแห่งคุณภาพระดับสากล ในการดูแลสุขภาพที่ผู้ให้บริการไว้วางใจ เชื่อมั่น และศรัทธา นโยบายที่สำคัญคือ พัฒนาเครือข่ายบริการทางการแพทย์ 5 สาขาหลัก ซึ่งสาขาหัวใจและหลอดเลือดเป็นหนึ่งในสาขาหลักสำคัญตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) ที่ต้องได้รับการพัฒนา จากสถิติอัตราป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มารับบริการ โรงพยาบาลชะอำ ปี 2556 – 2558 พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้น เท่ากับ 94.58, 117.72 และ 140.08 ต่อแสนประชากรตามลำดับ อัตราเสียชีวิตโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เท่ากับ 2.67, 3.97 และ 2.64 ต่อแสนประชากรตามลำดับ(สรุปผลงานประจำปีโรงพยาบาลชะอำ, 2558)

ระบบการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของโรงพยาบาลชะอำในปัจจุบันพบว่ายังมีข้อจำกัดทั้งในด้านผู้ให้บริการ และการประสานการส่งต่อระหว่างหน่วยงานและบุคลากรในแต่ละวิชาชีพ สำหรับด้านผู้ให้บริการ พบว่า ยังไม่มีแพทย์เฉพาะทางอายุรกรรมที่จะให้การบำบัดรักษา ถึงแม้จะมีแนวทางการรักษาผู้ป่วย (CPG) พยาบาลประจำห้องฉุกเฉินส่วนใหญ่ ยังขาดทักษะในการประเมินผู้ป่วย จึงทำให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยล่าช้า (รายงานบททบทวนการดูแลผู้ป่วย ของทีมนำทางคลินิก โรงพยาบาลชะอำ, 2558) ดังนั้นการดูแลรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มี ST Elevation (STEMI) จึงทำได้เพียงการให้ยาละลายลิ่มเลือด (SK) และส่งต่อไปยังโรงพยาบาล แม้จะย้ายทางช่องทางด่วน (fast track) ซึ่งที่ผ่านมามูลาการในแต่ละวิชาชีพโดยเฉพาะแพทย์ พยาบาล จะทำหน้าที่ตามความรับผิดชอบของตน แต่ยังขาดผู้ทำหน้าที่ประสานงานระหว่างผู้ป่วยและทีมสหสาขาวิชาชีพ และประสานเชื่อมโยงไปยังเครือข่ายที่จะส่งต่อผู้ป่วย นอกจากปัญหาที่พบในโรงพยาบาลแล้ว ยังพบปัญหาในการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) มายังโรงพยาบาลชะอำด้วย กล่าวคือ ยังไม่มีระบบการดูแลเบื้องต้นและการประสานความร่วมมือเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ที่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนมีสภาพปัญหาของผู้ป่วยที่บ้านเมื่อเกิดหัวใจตายเฉียบพลัน ทั้งผู้ป่วยและญาติไม่สามารถวินิจฉัยอาการที่เกิดขึ้นและปล่อยให้อาการรุนแรง จนเสียชีวิตก่อนมาถึงโรงพยาบาล และหลายครั้งมาถึงโรงพยาบาลล่าช้าทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น ส่งผลต่อสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการรักษา (สุรีย์ เลขวรรณวิจิตร, 2556)

จากปัญหาในการดูแลรักษาและการส่งต่อผู้ป่วย ที่เนื่องมาจากปัญหาในโรงพยาบาล ปัญหาของรพสต. และปัญหาผู้ป่วย ผู้วิจัยในฐานะเป็นทีมนำทางคลินิกและเป็นผู้รับผิดชอบservice plan สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือดของโรงพยาบาล จึงมีความสนใจพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพของโดนาบิดิอัน โมเดล (Donabidian's Model , 2003) และแนวคิดการจัดการรายกรณีของ พาวเวอร์ลีย์ Powell (2010) ที่กล่าวว่าเป็นการจัดระบบบริการพยาบาลที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ทางคลินิก เป็นการจัดการเพื่อปรับปรุงคุณภาพการบริการ ส่งเสริมพลังอำนาจของพยาบาล ให้มีการประสานการปฏิบัติเพื่อให้องค์กรบรรลุเป้าหมายในการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ มาเป็นแนวทางในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้ถูกต้องรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งมีการส่งต่อเพื่อให้ได้รับการรักษาตามมาตรฐานจากเครือข่าย ทั้งจาก รพสต. มาโรงพยาบาลชะอำ และจากรพ.ชะอำ ส่งต่อไปยังเครือข่าย ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

- 2.1 เพื่อวิเคราะห์สภาพการณ์การจัดการดูแล ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ
- 2.2 เพื่อสร้างรูปแบบการจัดการดูแล ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ
- 2.3 เพื่อประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแล ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำที่พัฒนาขึ้น

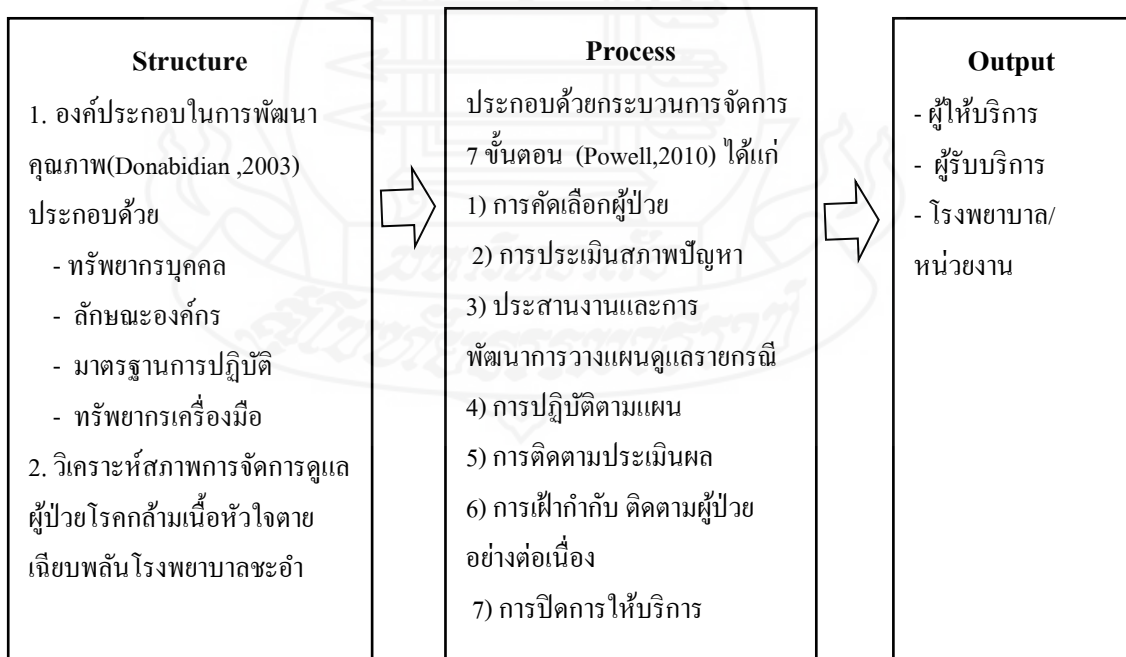
3. ประเด็นปัญหาวิจัย

- 3.1 สภาพการณ์และความต้องการการจัดการดูแล ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำที่ทำการศึกษาเป็นอย่างไร
- 3.2 รูปแบบการจัดการดูแล ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันควรมีองค์ประกอบอะไรบ้าง
- 3.3 รูปแบบการจัดการดูแล ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโรงพยาบาลชะอำที่พัฒนาขึ้น มีความเหมาะสมสำหรับการนำไปใช้หรือไม่ เพียงใด

4. กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ ผู้วิจัยได้เลือกใช้แนวคิดรูปแบบการพัฒนาคุณภาพของโดนาบิเดียน (Donabidian , 2003) ซึ่งมี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ โครงสร้าง (structure) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Output) ร่วมกับการวิเคราะห์สภาพการณ์และความต้องการของทีมผู้ให้บริการ และใช้แนวคิดการจัดการรายกรณีของ เพาเวลล์ (Powell ,2010) มาเป็นกรอบในการศึกษาด้านกระบวนการ เพื่อสร้างรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชะอำ ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview)

หลังจากนั้นนำข้อมูลจากการวิเคราะห์มาประกอบการสร้างรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยประยุกต์แนวคิดรูปแบบการจัดการรายกรณีของ เพาเวลล์ (Powell, 2010) และแนวคิดรูปแบบการพัฒนาคุณภาพของโดนาบิเดียน (Donabidian ,2003) มาเป็นกรอบในการพัฒนารูปแบบ ที่สร้างขึ้น และประเมินความเหมาะสมของรูปแบบโดยใช้ The Appraisal of Guidelines Research and Evaluation (AGREE) Instrument (The Agree Collaboration, 2001) เพื่อประเมินความเหมาะสมของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น มาสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย (conceptual framework) ดังแสดงในภาพที่ 1.1



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

5. ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในโรงพยาบาลชะอำ ทำการศึกษาระหว่างเดือนเมษายน 2558 ถึง เดือน สิงหาคม 2559

6. ข้อจำกัดในการวิจัย

การเลือกกลุ่มตัวอย่างมีข้อจำกัด ในด้านเวลาในการศึกษาวิจัยจึงเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ให้บริการเพียงกลุ่มเดียว

7. นิยามศัพท์เฉพาะ

7.1 ผู้ให้บริการ หมายถึง บุคลากรสหสาขาวิชาชีพโรงพยาบาลชะอำ ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักโภชนาการ และ พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายอำเภอชะอำ

7.2 ผู้รับบริการ หมายถึง ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากญาติผู้ป่วยที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่มารับบริการในโรงพยาบาลชะอำ

7.3 การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หมายถึง การสร้างและปรับปรุงแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่มีอยู่เดิมให้มีความชัดเจน สอดคล้องและเหมาะสมกับการนำไปใช้ในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เชื่อมโยงกันอย่างต่อเนื่องโดยเริ่มจากบ้านสู่โรงพยาบาล และ ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย ซึ่งขั้นตอนการพัฒนาเริ่มจากการวิเคราะห์สภาพการณ์และความต้องการรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยประยุกต์แนวทางการพัฒนาคุณภาพของโดนาบีเดียน และแนวทางการจัดการรายกรณีของเพาเวลล์ นำผลของการวิเคราะห์สภาพการณ์และความต้องการ มาสร้างรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลชะอำ

7.4 ความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หมายถึง ความคิดเห็นของผู้ร่วมวิเคราะห์รูปแบบ ผู้ปฏิบัติ ผู้ทรงคุณวุฒิทางการศึกษา และผู้บริหารทางการแพทย์ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ต่อความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำที่สร้างขึ้น โดยประยุกต์ใช้แนวคิด The Appraisal of Guidelines Research and Evaluation (AGREE) Instrument (The Agree Collaboration, 2001) โดยการประเมิน 6 มิติ ได้แก่ ด้านขอบเขตเป้าหมาย ด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ด้านความเข้มแข็งในการพัฒนารูปแบบ ด้านความชัดเจนและการนำเสนอรูปแบบ ด้านการนำรูปแบบไปใช้ และ ด้านความเป็นอิสระในการกำหนดรูปแบบ

8. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

8.1 ได้รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลชะอำ ถ้ามีการนำไปใช้จริงจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้รับการจัดการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

8.2 เป็นแนวทางในการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโดยประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคอื่น ให้กับหน่วยงานได้