

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อนำเสนอรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมถึงศึกษาและวิเคราะห์บริบทการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยสาระสำคัญนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. บริบทการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ
 - 1.1 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยหัวใจและหลอดเลือด
 - 1.2 สถิติ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ
 - 1.3 แนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ
2. ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
 - 2.1 โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
 - 2.2 การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
3. การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
 - 3.1 แนวคิดของการพัฒนารูปแบบ
 - 3.2 แนวคิดของโคนานีเดียน
 - 3.3 แนวคิดการจัดการรายกรณีของพาวเวลล์
4. การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. บริบทการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ

1.1 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยหัวใจและหลอดเลือด

โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็น 1 ใน 10 ของโรคที่เป็นปัญหาสุขภาพสำคัญที่กระทรวงสาธารณสุข บรรจุไว้ในแผนพัฒนาระบบสุขภาพ (Service Plan) เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการจัดการดูแลที่ดี ตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก ทั้งผู้ป่วยและผู้ให้บริการ ซึ่งรูปแบบการจัดการดูแล

ของแต่ละโรงพยาบาลจะมีความแตกต่างกันตามระดับของโรงพยาบาล ตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล จนถึงระดับExcellence center โรงพยาบาลชะอำ เป็นโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชน โดยการจัดให้มีระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุมทั้ง การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ได้มีการปรับแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจากเดิมมุ่งเน้นด้านการรักษาในปี 2556 เน้นการจัดบริการครอบคลุมการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟูเข้าด้วยกัน โดยใช้ทรัพยากรภายในเครือข่ายที่มีอยู่อย่างจำกัดให้ได้ประโยชน์สูงสุดโดยดำเนินการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ระยะเวลาอย่างน้อย 5 ปี (พ.ศ. 2556 - พ.ศ. 2560) โดยกำหนดโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ ดังนี้ 1) หัวใจ 2) มะเร็ง 3) อุบัติเหตุ 4) ทารกแรกเกิด 5) สุขภาพจิต 6) ตาและไต 7) 5 สาขาหลัก 8) ท้นตกรรม 9) บริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และสุขภาพองค์กรรวม 10) โรคไม่ติดต่อ (DM,HT,COPD,Stroke) เป้าหมายคือ ลดอัตราการตาย ลดอัตราป่วย ลดระยะเวลารอคอย มาตรฐานการบริการ การเข้าถึงบริการ ลดค่าใช้จ่าย ซึ่งแนวทางในการพัฒนาจะเป็นกรอบการพัฒนาตามขีดความสามารถของสถานบริการ (คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่สำคัญ (สาขาหัวใจและหลอดเลือด), 2556)

โรคหลอดเลือดหัวใจจัดเป็นโรคเรื้อรังที่มีความรุนแรงสูง ซึ่งผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตได้ตลอดเวลา แม้ว่าปัจจุบันมีวิธีการรักษาที่ทันสมัยมากมาย แต่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยจึงยังเกิดอาการกำเริบรุนแรง หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนเช่นภาวะช็อค ภาวะหัวใจล้มเหลว และภาวะหัวใจตันผิดจังหวะ ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งทางร่างกาย จิตใจตลอดจนเกิดภาระค่าใช้จ่ายสูงในระบบสุขภาพ (ทัศนีย์ แดขุนทด , 2556) โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน(Acute myocardial infarction ชื่อย่อ AMI หรือ Acute coronary syndrome ชื่อย่อ ACS) หรือ “Heart Attack” ถือเป็นภาวะวิกฤตที่มีความสำคัญเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของโรคหลอดเลือดหัวใจที่พบได้บ่อยที่สุด นอกจากรอดชีวิตจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันแล้ว จะมีความเสี่ยงสูงมากต่อการพัฒนาไปสู่ภาวะหัวใจล้มเหลวซึ่งต้องการการดูแลไปตลอดชีวิตและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูงมาก (สุริย์ เลขวรรณวิจิตร , 2556)

ข้อมูลสถิติองค์การอนามัยโลกในปี 2555 พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ 17.5 ล้านราย คิดเป็นร้อยละ 46.2 ของสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อทั้งหมด ส่วนในสหรัฐอเมริกา ปี 2010 มีผู้ป่วยมารักษาด้วย ACS หรือ heart attack ประมาณ ปีละ 1.1 ล้านราย ในจำนวนนี้ร้อยละ 74.0 เป็น AMI ประมาณ ร้อยละ 29.0 – 47.0 เป็น STEMI ประมาณว่าคนสหรัฐอเมริกามีอุบัติการณ์ AMI ทุก 25 วินาที (American Heart Association, 2007) ส่วนในประเทศไทย พบว่าโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันยังเป็น 1 ใน 3 ของสาเหตุการเสียชีวิต โดยพบว่า

มีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นทุกปีตั้งแต่ปี 2554 – 2556 เท่ากับ 22.47 , 23.45 และ 26.92 ต่อประชากรแสนรายตามลำดับ และมีแนวโน้มที่สูงขึ้นเรื่อย ๆ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข,2558)

จากสถานการณ์การเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุข จึงได้จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ภายใต้หลักการ “เครือข่ายบริการไร้รอยต่อ” ที่เชื่อมโยงบริการระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิไว้ด้วยกันโดยมีการกำหนดพื้นที่บริการและระบบส่งต่อที่ชัดเจน สามารถส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว และมีมาตรฐานประกอบด้วยทีมแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญ (heart team) ช่องทางด่วน (Fast track) เพื่อลดระยะเวลาและขั้นตอนในการรักษาผู้ป่วยให้รวดเร็ว ทันเวลาและมีมาตรฐาน และลดอัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจในทุกกลุ่มวัยไม่เกิน 23 ต่อประชากรแสนคน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข , 2557) รวมทั้งการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันให้ได้รับยาละลายลิ่มเลือดหรือการขยายหลอดเลือดหัวใจ มากกว่าร้อยละ 50 ในปีพ.ศ. 2557 และมากกว่าร้อยละ 70 ในปีพ.ศ. 2560 (สุพรรณ ศรีธรรมมา,2557)

จากการเห็นปัญหาด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด ทำให้มีการดำเนินโครงการที่สำคัญได้แก่ “โครงการ 10,000 ดวงใจ ปลอดภัย ด้วยพระบารมี” ซึ่งเป็นความร่วมมือระหว่างสถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อน้อมเกล้าน้อมกระหม่อม ถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เริ่มตั้งแต่ 1 เมษายน 2555 - 31 มีนาคม 2556 เพื่อให้คนไทยได้เข้าถึงการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือตายเฉียบพลัน ได้อย่างมีมาตรฐาน ทั้งถึงและเป็นธรรม โดยการพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ให้มีความพร้อมในการตรวจวินิจฉัยและรักษา STEMI โดยจัดให้มีความพร้อมของแพทย์พยาบาล บุคลากรทางสาธารณสุข เครื่องมือที่จำเป็น ตลอด 24 ชั่วโมง โดยผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือตายเฉียบพลัน ถือเป็นการเจ็บป่วยกรณีฉุกเฉิน สามารถเข้ารับการรักษาได้ทุกโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชน เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินโทรสอบถามที่หมายเลข 1669 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งได้ผลอย่างดีในการลดอัตราการตายของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิด ST segment elevation (STEMI) ในโรงพยาบาลพบว่าอัตราเสียชีวิตโดยเฉลี่ยในโรงพยาบาล เท่ากับร้อยละ 9.7 ต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 10 (เกรียงไกร เสงร์ศรี , 2557) สาเหตุที่ส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตของผู้ป่วย ได้แก่ การวินิจฉัยโรคล่าช้า การส่งต่อผู้ป่วยทำได้ล่าช้าหรือล่าช้า ซึ่งอาจมาจากระบบเครือข่ายที่ยังไม่เชื่อมโยงกันอย่างสมบูรณ์หรือปัญหาด้านการประสานงานและผู้ป่วยมาพบแพทย์ช้า (เกรียงไกร เสงร์ศรีและคณะ,2557)

ต่อมาในปี 2557 สถาบันโรคทรวงอกได้จัดทำ โครงการ “วิกฤตโรคหัวใจ ปลอดภัยทั่วไทย” (Save Thais from Heart Attack) มุ่งเน้นการพัฒนาระบบบริการให้ได้มาตรฐาน มีการส่งต่อระบบเครือข่ายตั้งแต่โรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ โดยการอบรมให้ความรู้ แพทย์ พยาบาล ผลิตตำรามาตรฐานการรักษา และคู่มืออ่านคลื่นหัวใจ (EKG) รวมถึงให้คำแนะนำการป้องกันและรักษาโรค หรือภาวะที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การสูบบุหรี่ ความเครียด ไม่ออกกำลังกาย ไม่กินผักผลไม้ โรคอ้วนลงพุง เพื่อเป็นการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้กับประชาชน ในการปฏิบัติตนอย่างถูกวิธีห่างไกลจากโรคผลการดำเนินงานโครงการตั้งแต่ตุลาคม 2556 – สิงหาคม 2557 พบว่า มีโรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการจำนวน 185 แห่ง จำนวนผู้ป่วยที่รับบริการ 13,390 ราย เสียชีวิต 1,088 ราย คิดเป็น ร้อยละ 8.13 รักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด 2,101 ราย เสียชีวิต 191 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.09 รักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous Coronary Intervention) 2,199 ราย เสียชีวิต 95 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.32 (สุวรรณิ ตั้งวิระพรพงศ์, 2557)

1.2 สถิติ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ

โรงพยาบาลชะอำ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง เปิดบริการ 90 เตียง สังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตั้งอยู่ในแหล่งท่องเที่ยวที่สำคัญของจังหวัดเพชรบุรี มีชายหาดที่สวยงามซึ่งเป็นที่รู้จักของชาวไทยและชาวต่างประเทศ เป็นอำเภอสุดท้ายของจังหวัดเพชรบุรี มีถนนเพชรเกษมที่เป็นเส้นทางหลักซึ่งเป็นประตูลงสู่ภาคใต้ ในช่วงเทศกาล เสาร์ อาทิตย์ หรือมีวันหยุดติดต่อกันหลายวัน จะมีผู้คนเดินทางเข้ามาท่องเที่ยวในเขตอำเภอชะอำเป็นจำนวนมาก จึงทำให้ประสบปัญหาด้านภาวะสุขภาพทั้งประชากรในพื้นที่และนักท่องเที่ยว เช่น อุบัติเหตุ โรคทางเดินอาหาร โรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ และการเจ็บป่วยฉุกเฉิน จากสถิติจำนวนผู้ป่วยนอกเฉลี่ยรายต่อวัน ในปี 2556 – 2558 เท่ากับ 420, 468 และ 527 รายตามลำดับ (สรุปผลงานประจำปี ศูนย์คุณภาพโรงพยาบาลชะอำ, 2558) จะเห็นว่าจำนวนผู้รับบริการทั้งชาวไทยและชาวต่างประเทศ มีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งในปี 2556 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้โรงพยาบาลชะอำเป็นโรงพยาบาลรับส่งต่อขนาดกลาง (Middle – level Hospital) โรงพยาบาลแม่ข่าย M2 โดยให้มีการพัฒนา ครอบคลุม 5 สาขาหลัก คือ สาขาศัลยกรรม ศัลยกรรมกระดูก อายุรกรรม สูติรีเวชกรรม และกุมารเวชกรรม โดยการจัดการให้บริการด้านสาธารณสุขกับประชาชนในพื้นที่ นอกอำเภอและนักท่องเที่ยว ทั้งเชิงรับ และเชิงรุก ร่วมกับภาคีเครือข่าย โดยใช้นโยบายการดูแลผู้ป่วยและผู้รับบริการ ที่ได้มาตรฐานและปลอดภัย โรงพยาบาลจึงได้กำหนดวิสัยทัศน์ คือ “โรงพยาบาลและเครือข่ายแห่งคุณภาพระดับสากล ในการดูแลสุขภาพที่ผู้ให้บริการไว้วางใจ เชื่อมมั่น และศรัทธา” มีพันธกิจ ที่สำคัญ 5 ประการคือ 1) พัฒนาเครือข่ายคุณภาพบริการทางการแพทย์ 5 สาขา

หลัก สูตรต้นริเวชกรรม อายุรกรรม ศัลยกรรม ศัลยกรรมกระดูก กุมารเวชกรรม 2) พัฒนาคุณภาพบริการ เวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน 3) พัฒนาระบบสารสนเทศและความรู้ในการจัดการสุขภาพ 4) พัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการโรงพยาบาลและเครือข่าย 5) พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้ สอดคล้องกับความหลากหลายของวัฒนธรรมของประชาชนในพื้นที่และผู้มาเยือน โดยมี เป้าประสงค์ที่สำคัญคือ เพื่อลดอัตราการป่วยตายใน 5 กลุ่มโรคสำคัญ และเพื่อลดการเจ็บป่วยรายใหม่ ในกลุ่ม 5 โรคที่สำคัญ ได้แก่กลุ่มโรคเมตาบอลิก เบาหวาน (DM), ความดันโลหิตสูง (HT) กลุ่มโรค อุบัติเหตุฉุกเฉิน กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (MI), บาดเจ็บทางศีรษะ (HI) กลุ่มโรคอนามัยแม่ และเด็ก ตกเลือดหลังคลอด (PPH), ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด (Birth Asphyxia) กลุ่มโรค ทันตรกรรม ฟันผุ และกลุ่มโรคทั่วไป อาหารเป็นพิษ, ท้องเสีย (Diarrhea)

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Myocardial infarction) เป็นโรคที่เป็นภาวะ วิกฤตฉุกเฉินที่เป็นจุดเน้นสำคัญของโรงพยาบาลและเป็นโรคในหนึ่งในนโยบายสำคัญที่เป็น เป้าหมายในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ของกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งเน้น พัฒนาระบบบริการทุกระดับตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ ระดับตติยภูมิ และรวมถึงการพัฒนา ความเชี่ยวชาญระดับสูง การสร้างระบบเครือข่ายบริการที่เชื่อมโยงกันในระดับจังหวัด จากการ ทบทวนสถิติผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด(MI) ที่มารับบริการในปี 2556 เท่ากับ 71 ราย (STEMI 18 ราย, NSTEMI 35 ราย , UA 30 ราย มีภาวะcardiogenic shock 4 ราย, cardiac arrest 3 ราย) ในปี 2557 เท่ากับ 89 ราย (STEMI 20 ราย, NSTEMI 39 ราย , UA 30 ราย มีภาวะ cardiogenic shock 5 ราย , cardiac arrest 2 ราย) และสถิติการเสียชีวิตด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจ ขาดเลือดเฉียบพลัน ในปี 2556 เท่ากับ 7 ราย (ที่บ้าน 6 ราย, ที่โรงพยาบาล 1 ราย) ปี 2557 เท่ากับ 8 ราย (ที่บ้าน 7 ราย , ที่โรงพยาบาล 1 ราย) ปี 2558 เท่ากับ 6 ราย (ที่บ้าน 5 ราย , ที่โรงพยาบาล 1 ราย) จะเห็นได้ว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรคมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี

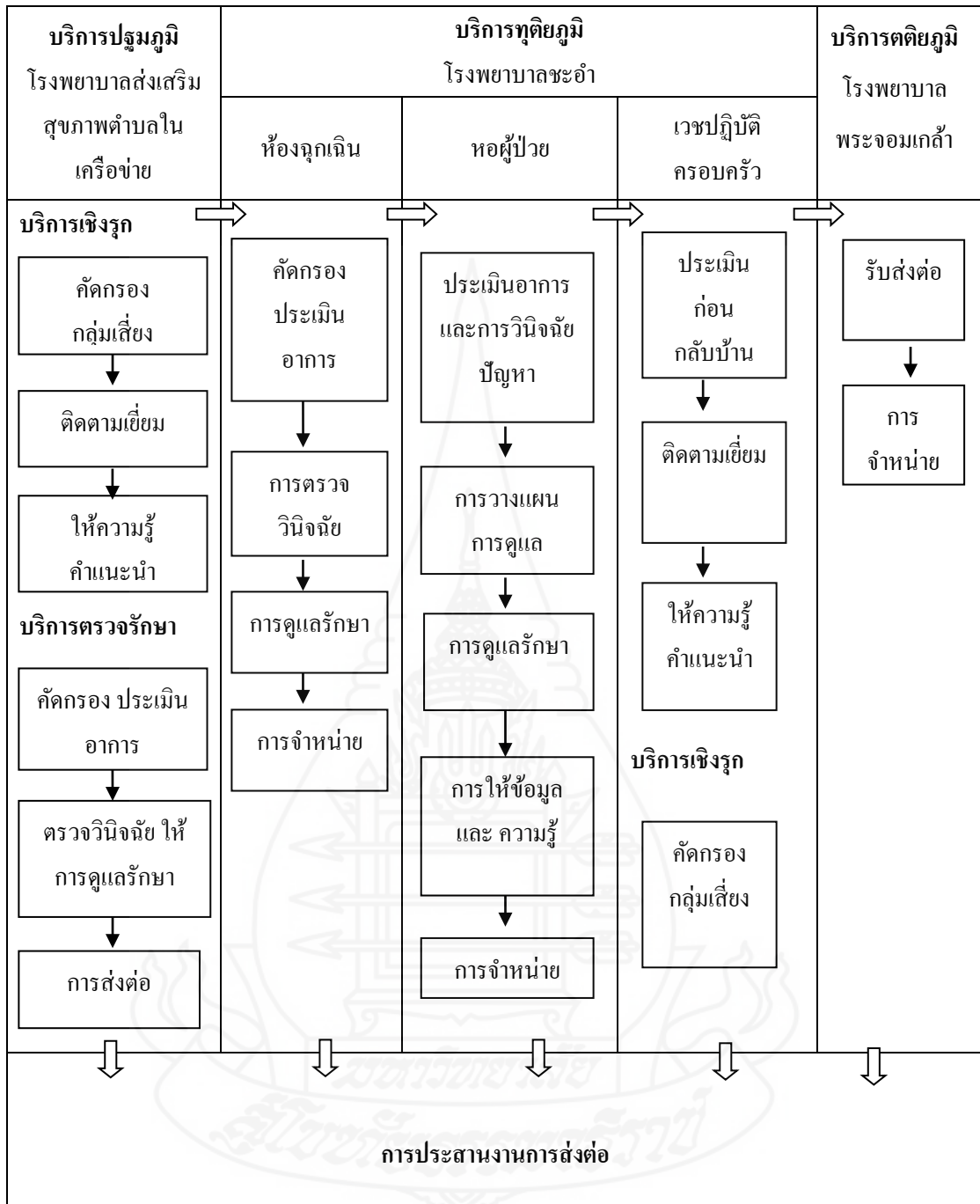
1.3 แนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ

การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน คือ การให้ประชาชน รับรู้ อาการเจ็บหน้าอก สามารถเข้ารับการรักษาสถานพยาบาลใกล้บ้าน ได้อย่างรวดเร็ว ทีมสุขภาพ สามารถคัดกรอง ค้นหาผู้ป่วยได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก มีการจัดระบบบริการที่ประชาชน เข้าถึงได้ อย่างรวดเร็ว มีการดูแลวินิจฉัยโรคและการรักษาอย่างถูกต้อง เหมาะสม และสามารถประสานการ ส่งต่อเพื่อการรักษาและการดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ

จากพันธกิจและเป้าหมายของโรงพยาบาลที่จะพัฒนาเครือข่ายบริการทาง การแพทย์ เพื่อลดอัตราการป่วยและตายใน 5 สาขาหลัก ซึ่งโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นโรค ฉุกเฉิน ที่เป็นจุดเน้นของโรงพยาบาล จากการทบทวนการดำเนินการจัดการดูแลผู้ป่วยโรค

กล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของโรงพยาบาลชะอำที่ผ่านมา ผู้วิจัยในฐานะทีมนำทางคลินิก และผู้รับผิดชอบแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาหัวใจและหลอดเลือดของโรงพยาบาล ได้วิเคราะห์การจัดการดูแลรักษาตั้งแต่บริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และ ตติยภูมิ โดยมีขั้นตอนการจัดการดูแลดังภาพที่ 2.1





ภาพที่ 2.1 การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ

จากภาพที่ 2.1 การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ โดยผู้วิจัยได้วิเคราะห์จากการทบทวนการดำเนินการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

เขียนพจนานุกรม ซึ่งมีการให้บริการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ จนถึงระดับตติยภูมิ โดยมีกิจกรรมในแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบ	กิจกรรม	สภาพการณ์
1.บริการปฐมภูมิ หน่วยงานที่ดำเนินการ ได้แก่ PCU ในโรงพยาบาล 1 แห่ง เทศบาล 1 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) 13 แห่ง	1.1 คัดกรองกลุ่มเสี่ยง เป็นการค้นหา กลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจ โดยใช้แบบ ประเมิน CVD risk score ในกลุ่มผู้ที่มี อายุ 35 ขึ้นไป 1.2 การติดตามเยี่ยม เป็นการติดตาม เยี่ยมกลุ่มป่วยเป็นโรคหัวใจที่ได้รับ การส่งต่อจากทั้งโรงพยาบาลพระ จอมเกล้าและโรงพยาบาลชะอำ 1.3 การให้ความรู้ คำแนะนำ ผู้ให้ ความรู้โดยส่วนใหญ่จะเป็นพยาบาลมี การให้ความรู้ รายกลุ่ม และรายบุคคล มีการแจกเอกสารแผ่นพับการให้ ความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อมีอาการ เจ็บหน้าอก 1.4 ให้การดูแลรักษาเบื้องต้น โดยมี แพทย์หมุนเวียนไปทุกรพ.สต.เดือนละ 1 ครั้งการรักษาส่วนใหญ่เป็นหน้าที่ ของพยาบาลเวชปฏิบัติในการประเมิน อาการเจ็บแน่นหน้าอก ให้การวินิจฉัย ดูแลรักษา 1.5 การส่งต่อ ในรายที่มีภาวะวิกฤต ถูกเงิน หรือเกินศักยภาพ จะส่งต่อโดย ใช้บริการEMS หรือให้ผู้ป่วยถือ หนังสือส่งตัวมาเอง	1.1 มีการคัดกรองยังไม่ครอบคลุม กลุ่มเป้าหมาย ส่วนกลุ่มที่ได้รับการ คัดกรองแล้วมีการจัดแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือกลุ่มเสี่ยงสูงมาก กลุ่มเสี่ยงปาน กลาง กลุ่มเสี่ยงต่ำ แต่ยังไม่มีการจัด กิจกรรมในการดูแล 1.2 การติดตามเยี่ยม ล่าช้า เนื่องจากมี การส่งต่อประวัติมาไม่ชัดเจน ไม่มี ช่องทางการประสานที่รวดเร็ว 1.3 การให้ความรู้และคำแนะนำไม่ทั่วถึงส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะจำไม่ได้ ซึ่ง ทักษะการให้ความรู้ของเจ้าหน้าที่มี ความแตกต่างกัน 1.4 ยังไม่มีแนวทางในการดูแลรักษา ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เขียนพจนานุกรมที่เป็นแนวทางกันทั้ง เครือข่าย พยาบาลส่วนใหญ่ขาดทักษะ ในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน อุปกรณ์ที่ จำเป็นในการรักษาไม่เพียงพอ และไม่ พร้อมใช้งาน 1.5 ยังไม่มีการจัดช่องทางด่วน ในการ ให้บริการ ขกเว้นในกรณีมาโดยEMS ไม่มีผู้รับผิดชอบการประสานโดยตรง

องค์ประกอบ	กิจกรรม	สภาพการณ์
2. บริการทุติยภูมิ เป็นการดูแลในโรงพยาบาล แบ่งเป็น 3 หน่วยคือ 2.1 ผู้ป่วยนอก และ ห้องฉุกเฉิน เมื่อผู้ป่วยเข้ามารับบริการ หน่วยงานผู้ป่วยนอก บริเวณ จุดคัดกรอง จะเป็นหน่วยงานแรกที่รับผู้ป่วย ในกรณีที่มีภาวะวิกฤต หรือประเณินแล้ว เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงที่ต้องเฝ้าระวังจะส่งต่อมารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน หรือมาที่ห้องฉุกเฉิน โดยตรง	1. การคัดกรองและประเมินอาการผู้ป่วย โดยพยาบาลจะเป็นผู้ซักประวัติ อาการเจ็บแน่นหน้าอก โรคประจำตัว ตรวจวัดสัญญาณชีพ 2. การตรวจวินิจฉัย ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด (CPG) ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการวินิจฉัยโดยเร็วที่สุดไม่เกิน 10 นาที โดยการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ส่งตรวจ Cardiac biomarker (Trop - T) 3. การดูแลรักษา แพทย์เป็นผู้ประเมินวินิจฉัย สั่งการรักษาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI จะได้รับการรักษาทางช่องทางคั่นกับโรงพยาบาลพระจอมเกล้า และสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ 4. การจำหน่าย ส่วนใหญ่ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลพระจอมเกล้า ยกเว้นในรายที่ผลTrop T น้อยกว่า 50 ได้รับการรักษาแล้วมีอาการเจ็บหน้าอกทุเลาลง จะพักรักษาที่ตึกผู้ป่วยใน	1. มีการคัดกรองและประเมินผิดปกติล่าช้า ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงขณะรอตรวจ โดยเฉพาะในช่วงที่ไม่มีพยาบาลคัดกรองอยู่ประจำ 2. เจ้าหน้าที่ขาดทักษะในการอ่านEKG เจ้าหน้าที่ไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด แต่ละคนปฏิบัติไม่เหมือนกัน การนำแนวทางสู่การปฏิบัติไม่ชัดเจน ทำเฉพาะบางหน่วยงาน 3. การดูแลรักษาจากแพทย์ไม่เป็นแนวทางเดียวกัน บางคนไม่ปฏิบัติตาม CPG ที่กำหนด แต่ละวิชาชีพทำงานตามหน้าที่ของวิชาชีพ ไม่มีการวางแผนร่วมกัน ไม่มีอายุรแพทย์ 4. มีระบบfast track ในผู้ป่วยSTEMI เฉพาะในเวลาราชการ การประสานงานไม่ชัดเจน ไม่มีผู้รับผิดชอบในการประสานงานและติดตามผู้ป่วย
2.2 ผู้ป่วยใน มีหอผู้ป่วยในจำนวน 3 ตึก ได้แก่ ตึกผู้ป่วยในหญิง ตึกผู้ป่วยในชาย และ ตึกพิเศษ จะดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจที่มีอาการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะฉุกเฉิน จะส่งต่อไปโรงพยาบาลพระจอมเกล้า	1. การประเมินและการวินิจฉัยปัญหา ได้แก่ การซักประวัติ ตรวจร่างกาย ซึ่งเป็นขั้นตอนที่สำคัญในการดูแล ที่ต้องค้นหาปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างรอบด้าน จึงจะสามารถวินิจฉัยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม 2. การวางแผนการดูแล ซึ่งแผนการดูแลร่วมกันในทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เกษศกร	1.การประเมินค้นหาปัญหาไม่ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วยเนื่องจากมีการหมุนเวียนเจ้าหน้าที่กัน ขาดความต่อเนื่องในการดูแล 2. มีการทำงานแบบแยกส่วนในแต่ละวิชาชีพ การสื่อสารแลกเปลี่ยนในสหวิชาชีพไม่ครบถ้วน ไม่เชื่อมโยงกัน

องค์ประกอบ	กิจกรรม	สภาพการณ์
หรือโรงพยาบาลตามสิทธิผู้ป่วย	นักโภชนาการ รวมถึงผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล 3. การดูแลรักษา เป็นการดูแลรักษา หลังจากพ้นภาวะวิกฤตแล้ว จึงมีการดูแลต่อเนื่อง ประเมินซ้ำ ถ้ามีอาการฉุกเฉินจะส่งต่อโรงพยาบาลพระจอมเกล้า แต่ถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อนจะพักฟื้นจนจำหน่ายได้ 4. การให้ข้อมูลและความรู้ พยาบาลจะเป็นแกนนำหลักในการให้ความรู้ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มในเรื่องการจัดการดูแลตนเอง อาการสำคัญที่ต้องมาโรงพยาบาล การเรียกใช้บริการ EMS บางครั้งอาจมีนักโภชนาการมาให้ความรู้เรื่องอาหาร เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดูแลตนเองได้ 5. การจำหน่าย แพทย์จะเป็นผู้ประเมินอาการก่อนจำหน่าย พยาบาลเป็นผู้ประเมินความพร้อมก่อนจำหน่ายอีกครั้ง และส่งต่อกลุ่มงานเวชปฏิบัติเพื่อติดตามเยี่ยม	3. แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่กำหนด ไม่ได้นำลงสู่การปฏิบัติ 4. ไม่มีการให้ความรู้โดยทีมส่วนใหญ่ พยาบาลเป็นแกนหลักในการให้ข้อมูล การให้ความรู้ขึ้นอยู่กับทักษะของพยาบาลประจำทีมผู้ป่วยใน ซึ่งมีความแตกต่างกันตามประสบการณ์ ส่วนใหญ่ขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัว และผู้ดูแล ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้อยู่กับผู้ป่วยตลอด ต้องออกไปทำงาน ถือเป็นการให้ความรู้ไม่ชัดเจน 5. การวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกเริ่ม โดยพยาบาลจะเป็นแกนหลักในการจำหน่ายผู้ป่วย ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลภายในทีมการพยาบาลและการประสานข้อมูลระหว่างวิชาชีพ
2.3 กลุ่มงานเวชปฏิบัติ โรงพยาบาลชะอำ จะมีเขตที่รับผิดชอบในเขตเทศบาล และหมู่บ้านบางแห่งที่อยู่ติดกับโรงพยาบาล ในการประสานการติดตามเยี่ยมจะแบ่งตามเขตรับผิดชอบโดยผู้รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลจะเป็นผู้ส่งต่อ	1. การประเมินก่อนกลับบ้าน พยาบาลที่หอผู้ป่วยจะประเมินและระบุประเด็นที่ต้องการให้ติดตามเยี่ยม เพื่อการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง 2. การเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามความสามารถในการดูแลตนเอง ส่วนใหญ่ทีมพยาบาลจะเป็นแกนนำไม่เป็นทีมสหวิชาชีพ	1. การประเมินการส่งต่อไม่ชัดเจน ไม่ได้ระบุรายละเอียด การส่งต่อข้อมูลล่าช้า ไม่ทันเวลา ไม่มีการประสานข้อมูลกับมาในระบบของโรงพยาบาล ทำให้การดูแลผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง 2. ผู้ป่วยยังขาดทักษะในการดูแลตนเองไม่สามารถประเมินตนเองได้ เมื่อมีการเจ็บหน้าอกขึ้นจึงปล่อยให้มีอาการรุนแรง

องค์ประกอบ	กิจกรรม	สภาพการณ์
3. บริการตติยภูมิ เป็นการบริการรับส่งต่อของ โรงพยาบาลแม่ข่าย จะมี ช่องทางด่วนในผู้ป่วยโรค กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน แบบ ST elevated myocardial infarction (STEMI) และส่งกลับผู้ป่วยเพื่อติดตาม เชื่อม	1. บริการรับส่งต่อ ในระบบช่องทาง ด่วน รับรักษาทางline กับอายุรแพทย์ โดยตรง ในผู้ป่วยSTEMI ในเรื่องการ ให้ยาละลายลิ่มเลือดเฉพาะในเวลา ราชการ 2. การส่งกลับผู้ป่วยเพื่อให้ติดตาม เชื่อม	1.มีระบบfast tract การให้คำปรึกษา ยังไม่ครอบคลุมตลอด 24 ชั่วโมง 2.การส่งต่อข้อมูลติดตามเชื่อมล่าช้า ไม่ทันเวลา การเขียนประเด็นการเชื่อม ไม่ชัดเจน

โรงพยาบาลชะอำ เป็นโรงพยาบาลรับส่งต่อระดับกลาง(M2) ขนาด 90 เตียง ตั้งอยู่ในแหล่งท่องเที่ยวที่สำคัญของจังหวัดเพชรบุรี มีถนนเพชรเกษมสายหลักที่เป็นเส้นทางลงสู่ภาคใต้ ในช่วงเทศกาลสำคัญที่มีวันหยุดติดต่อกันจะมีประชาชนเข้ามาพัก และท่องเที่ยวเป็นจำนวนมาก จากสถานการณ์การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของโรงพยาบาลชะอำในปัจจุบัน พบว่ายังมีข้อจำกัดทั้งในด้านผู้ให้บริการ และการประสานการส่งต่อระหว่างหน่วยงานและบุคลากรในแต่ละวิชาชีพ สำหรับด้านผู้ให้บริการ พบว่า ยังไม่มีแพทย์เฉพาะทางอายุรกรรมที่จะให้การบำบัดรักษา ถึงแม้จะมีแนวทางการรักษาผู้ป่วย(Clinical Practice Guideline) พยาบาลประจำห้องฉุกเฉินส่วนใหญ่ ยังขาดทักษะในการประเมินผู้ป่วย จึงทำให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยล่าช้า ดังนั้นการดูแลรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีST segment elevation (STEMI) จึงทำได้เพียงการให้ยาละลายลิ่มเลือด (SK) และส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายทางช่องทางด่วน(fast track) ซึ่งที่ผ่านมาบุคลากรในแต่ละวิชาชีพโดยเฉพาะแพทย์ พยาบาล จะทำหน้าที่ตามความรับผิดชอบของตน แต่ยังคงขาดผู้นำที่ประสานงานระหว่างผู้ป่วยและทีมสหสาขาวิชาชีพ และประสานเชื่อมโยงไปยังเครือข่ายที่จะส่งต่อผู้ป่วย นอกจากปัญหาที่พบในโรงพยาบาลแล้ว ยังพบปัญหาในการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพสต.)มายังโรงพยาบาลชะอำด้วย กล่าวคือ ยังไม่มีระบบการดูแลเบื้องต้นและการประสานความร่วมมือเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ที่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนมีสภาพปัญหาของผู้ป่วยที่บ้านเมื่อเกิดหัวใจตายเฉียบพลัน ทั้งผู้ป่วยและญาติไม่สามารถวินิจฉัยอาการที่เกิดขึ้นและปล่อยให้อาการรุนแรง จนเสียชีวิตก่อนมาถึงโรงพยาบาล จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันให้มีคุณภาพ

2. ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction)

2.1 โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

2.1.1 ความหมาย

กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction , AMI หรือ ฮาร์ตแอทแทค (heart attack) เป็นภาวะที่มีการตายของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ (necrosis) ที่เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดโคโรนารีอย่างเฉียบพลัน โดยเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจส่วนนั้นลดลงหรือหยุดทันที จากการสะสมของคราบไขมันและการตีบแคบของหลอดเลือดแดง ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจตาย ถือว่าเป็นภาวะวิกฤตต่อชีวิตที่รุนแรง พบว่า มากกว่าร้อยละ 60 ของการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะเกิดภายในชั่วโมงแรก โดยมีสาเหตุการเสียชีวิตจากหัวใจเต้นผิดจังหวะและส่วนใหญ่เป็น ventricular fibrillation (พองพรรณ อรุณแสง 2556, น.196; กอบกุล บุญปราชญ์, 2549, น.53)

2.1.2 สาเหตุและกลไกการเกิด

ส่วนใหญ่เกิดจาก ความผิดปกติของผนังหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่หนาตัว (atherosclerosis) เนื่องจากมีก้อนไขมัน เรียกว่า atherosclerotic plaque แทรกเข้าไปสะสมในได้ผนังเอนโดเธลิยม เมื่อก้อนไขมัน (plaque) มีการแตกออกของคอลลาเจน (collagen) ที่เป็นส่วนประกอบของผนังหลอดเลือดจะมีการกระตุ้นการทำงานของเกล็ดเลือด (platelet aggregation) ทำให้เกิดการจับตัวเป็นก้อนสีขาว (white clot) ต่อมา มีปัจจัยด้านเนื้อเยื่อ (tissue factor) กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับกลไกการแข็งตัวของเลือด (coagulation factor) โดยเกร็ดเลือด Glycoprotein IIb/IIIa Receptor (GP IIb /IIIa) จะไปจับกับ Fibrinogen ซึ่งจะทำให้เกิดการเกาะกลุ่มเป็นร่างแหของเกล็ดเลือด (Platelet Aggregation) รวมตัวกัน เป็นก้อนเลือดที่มีสีแดง (red clot) หรือลิ่มเลือด (thrombus) ฐของหลอดเลือดแดงแคบมากขึ้น ทำให้การไหลเวียนเลือดไม่สะดวก เลือดไปเลี้ยงเซลล์หัวใจไม่เพียงพอ เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (ischemia) ถ้าขนาดลิ่มเลือดใหญ่จนอุดตันทั้งหมด (occlusive thrombus) จะทำให้หลอดเลือดเกิดการอุดตัน ส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และกล้ามเนื้อหัวใจตาย (infarction) (Buja&Krueger, 2005; Hanbody.com, 2014; อรสา พันธักดิ์, 2556) ซึ่งการประเมินสถานะความรุนแรงของหลอดเลือดตีบหรือตัน สามารถประเมินจากคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และการเจ็บหน้าอกที่รุนแรงได้ (จริยา ดันติธรรม , 2547; กอบกุล บุญปราชญ์, 2549 ; กัมปนาท วีรกุล , 2557)

การที่เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือการตาย จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงประจุไฟฟ้าในเซลล์ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจไปจากเดิม

(ผ่องพรรณ อรุณแสง , 2556) การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจควรทำภายใน 10 นาที เมื่อผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บหน้าอก หรือทุกครั้งที่มีอาการเจ็บหน้าอก เพื่อทำการวินิจฉัยความรุนแรงของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยสามารถแบ่งความผิดปกติได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ ดังนี้ (Overbaugh KJ.2009)

1) กลุ่มกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ จะแสดงถึง ST segment ยกสูงขึ้น (ST elevation) และอาจพบ Q หรือ QS wave ในรายที่กล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างถาวร เรียกว่า ST elevated myocardial infarction (STEMI)

2) กลุ่มกล้ามเนื้อหัวใจตายบางส่วน ส่วนมากเป็นบริเวณกล้ามเนื้อชั้นนอก (Epidural Muscle) ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจจะแสดง ST segment ลดต่ำลง (ST Segment depression) หรือพบ T wave หักกลับ (T inversion) เรียกว่า Non – ST elevate myocardial infarction (NSTEMI)

3) กลุ่มอาการที่มีกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด แต่ยังไม่มีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ จะมีลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจเช่นเดียวกับกลุ่ม NSTEMI ซึ่งต้องการการตรวจทางห้องปฏิบัติการ คือค่า Cardiac enzymes ในการวินิจฉัยแยกว่าเป็นกลุ่มนี้ โดยจะตรวจไม่พบค่า Cardiac enzymes เรียกว่า Unstable Angina

2.1.3 ปัจจัยเสี่ยงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีกระบวนการเกิดโรคสามารถแบ่งปัจจัยเสี่ยงออกเป็น 2 ชนิด ดังนี้ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556 , นภาพร วาณิชกุล , 2553)

ปัจจัยภายใน ได้แก่ ลักษณะของคราบไขมัน เช่น ขนาด ความคงรูปของก้อนไขมัน และความหนาของเยื่อหุ้มไฟบรัส (fibrous cap) คราบไขมันไม่อยู่ตัวหรือคราบไขมันที่แตกง่าย (vulnerable plaque) คือคราบไขมันที่พบได้ในบริเวณหลอดเลือดที่มีการตีบไม่ถึงร้อยละ 70 เป็นคราบไขมันที่มีรูปร่างบิดเบี้ยว ขอบไม่เรียบ มีก้อนไขมันขนาดใหญ่ และมีเยื่อหุ้มไฟบรัสที่บาง

ปัจจัยภายนอก เป็นผลมาจากการกระทำของผู้ป่วยหรือสิ่งแวดล้อมที่กระทบผู้ป่วย การเคลื่อนไหวออกแรงระดับรุนแรง เช่น การออกกำลังกายหักโหม การมีความเครียดทางอารมณ์อย่างรุนแรง เช่น โกรธ การเพิ่มการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก จะเพิ่มความเครียดต่อระบบไหลเวียนและอาจทำให้คราบไขมันแตก นอกจากนี้การเพิ่มการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ยังทำให้หัวใจต้องการออกซิเจนมากขึ้น แม้แต่ปัจจัยภายนอกบางอย่าง เช่น การอยู่ในที่อากาศที่เย็นจัด และช่วงเวลาต่างๆของวันก็อาจทำให้คราบไขมันแตกได้ มักพบอาการของหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบเมื่ออยู่ที่มีอากาศเย็นและในตอนเช้านี้

จากสาเหตุกลไกการเกิดและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเมื่อเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างถาวรแล้วจะเป็นอันตรายถึงชีวิต ดังนั้น การจัดการดูแลตนเองที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัวมีระยะเวลาการตัดสินใจมารับบริการที่เร็ว ยังสามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ (พิมพ์ เทพวัลย์, 2554 ; Lesneski, 2010) รวมถึงบุคลากรในทีมสุขภาพจึงมีความสำคัญมาก โดยเฉพาะในช่วงภาวะวิกฤติ ถ้าได้รับการจัดการดูแลรักษาที่รวดเร็วจะสามารถลดบริเวณการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเพิ่มขึ้นได้

2.1.4 อาการแทรกซ้อนของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

จากพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่มีผลจากกล้ามเนื้อหัวใจตายจะทำให้การทำงานของหัวใจผิดปกติ เช่น การหดตัวและการนำกระแสไฟฟ้าของกล้ามเนื้อหัวใจเสียไป ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนดังนี้

1. การเสียชีวิตอย่างปัจจุบันทันด่วน (sudden death) เป็นการเสียชีวิตที่เกิดขึ้นภายใน 1 ชั่วโมงหลังจากเริ่มมีอาการ ซึ่งประมาณ ร้อยละ 40 -50 ของผู้เสียชีวิต เกิดจากหัวใจห้องล่างเต้นผิดจังหวะ (ventricular fibrillation) (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556; Saffitz, 2008) ซึ่งเกิดนอกโรงพยาบาลผู้ป่วยเหล่านี้จะเสียชีวิตโดยไม่ทราบว่ากล้ามเนื้อหัวใจตาย ถ้าผู้ป่วยรับมาโรงพยาบาลในระยะแรกที่มีอาการอาจได้รับการรักษาได้ทันและป้องกันภาวะนี้ได้

2. ภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายล้มเหลว (Acute Left Ventricular Failure) ภาวะนี้มักพบได้บ่อยหลังจากมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยเฉพาะรายที่ไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดหรือการขยายหลอดเลือดอย่างรวดเร็ว พบได้ร้อยละ 35 เกิดจากการมีกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีผลให้การหดตัวของเวนตริเคิลลดลง การยืดขยายของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง นำไปสู่ภาวะหัวใจล้มเหลว (Hobbs & Schuster, 2001)

3. ภาวะช็อกจากความผิดปกติหัวใจ (cardiogenic shock) เป็นภาวะฉุกเฉินที่อันตราย และเป็นสาเหตุสำคัญให้ผู้ป่วย Acute Myocardial infarction เสียชีวิต (จิรธรรม ทังสุบุตร, 2554, น. 62) พบว่าร้อยละ 9 ผู้ป่วยจะเสียชีวิตกะทันหัน (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556) คือปริมาณเลือดที่หัวใจหดตัว ส่งเลือดออกมาเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายลดลงไม่เพียงพอกับความต้องการของเนื้อเยื่อ ความดันโลหิตลดลงพบได้ร้อยละ 40 จะ มีผลให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลงทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้น stroke volume ลดลงทำให้ขนาดของเวนตริเคิลซ้ายขยายใหญ่ ทำให้เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น จากการศึกษาพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากหัวใจที่รอดชีวิตหลัง 30 วันของการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย จะมีอัตราการตายเพิ่มขึ้น ร้อยละ 2-4 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะช็อกจากหัวใจ (Singh et al., 2007)

4. เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ(pericarditis) พบได้ร้อยละ 28 ที่เกิดในระยะแรก (วันที่ 2 หรือ วันที่ 3) หลังจากเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย (ผ่องพรรณ อรุณแสง,2556) มีสาเหตุเกิดจากการอักเสบของกล้ามเนื้อหัวใจตายและลุกลามมาที่ชั้นผิวมายังเยื่อหุ้มหัวใจ ส่วนเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบในระยะหลัง (2 อาทิตย์ – 2 เดือน) หลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย สาเหตุที่แท้จริงยังไม่ทราบแน่ชัด น่าจะมีสาเหตุมาจาก autoimmune ซึ่งเกิดจากร่างกายสร้าง antibody ต่อต้านกับสารที่หลั่งออกมาจากเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจที่เกิด necrosis ผู้ป่วยมักมีอาการเจ็บหน้าอกเหมือนมีของเหลวมาทิ่มแทงหน้าอก และเจ็บมากขึ้นเมื่อหายใจลึก ๆ เมื่อมีการเปลี่ยนท่าและมีไข้ (กอบกุล บุญปราชญ์ ,2549; Saffitz,2008)

5. กล้ามเนื้อหัวใจตายเกิดซ้ำ (recurrent myocardial infarction) พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 21 และผู้หญิงร้อยละ 33 จะมีกล้ามเนื้อหัวใจตายเกิดซ้ำภายในเวลา 6 ปี สาเหตุส่วนใหญ่ คือการทำงานหักโหม มีลิ้มเลือดหลุดลอยและเกิดลิ้มเลือดในหลอดเลือดโคโรนารีใหม่ (ผ่องพรรณ อรุณแสง,2556)

จากภาวะของโรคจะเห็นว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันถือเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง เนื่องจากไม่สามารถรักษาให้หายขาด มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้แบบเฉียบพลันที่รุนแรงถึงขั้นเป็นอันตรายต่อชีวิต ซึ่งสาเหตุที่ทำให้เกิดการเสียชีวิต ได้แก่ การวินิจฉัยโรคล่าช้า การส่งต่อผู้ป่วยทำได้ล่าช้าหรือล่าช้า ซึ่งอาจมาจากระบบเครือข่ายที่ยังไม่เชื่อมโยงกันอย่างสมบูรณ์หรือปัญหาด้านการประสานงานของทีมบุคลากรในระดับต่าง ๆ และผู้ป่วยมาพบแพทย์ช้า (เกรียงไกร เสงี่ยม และคณะ, 2557) ดังนั้นการจัดการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยและครอบครัวจึงมีความสำคัญโดยเฉพาะภายใน 24 ถึง 48 ชั่วโมงแรกของการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ถือเป็นระยะอันตราย (ผ่องพรรณ อรุณแสง,2556) และความพร้อมของทีมสุขภาพที่มีรูปแบบการจัดการดูแลรักษาผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ในโรงพยาบาล และการดูแลต่อเนื่องที่มีคุณภาพ

2.2 การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

2.2.1 การดูแลรักษาระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล

จากพยาธิสภาพของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันความรุนแรงขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เป้าหมายที่สำคัญของการรักษาที่ต้องเปิดทางเดินของหลอดเลือดหัวใจที่อุดตัน เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจให้เร็วที่สุด จากการศึกษาของ Berger et al.,1999 พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการเปิดทางเดินหลอดเลือดหัวใจภายใน 60 นาที แรกหลังจากมีอาการ มีอัตราการรอดชีวิต ร้อยละ 99 ซึ่งผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีระยะเวลาการตัดสินใจมารับบริการที่เร็วจะมีโอกาสรอดชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการ

ตัดสินใจมารับบริการซ้ำ (พิมพา เทพวัลย์,2554) การรักษาในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาลจึง เป็นการรักษาขั้นต้น และนำส่งโรงพยาบาลโดยเร็วที่สุด โดยอมยาไนโตรกลีเซอรีน (Nitroglycerine :NTG) อมใต้ลิ้น 0.02 มิลลิกรัมทุก 5 นาที หรือ อมยาไอซอร์ดีล (Isordil) 5 มิลลิกรัม ทุก 5 นาทีจนหายเจ็บ เคี้ยวและกลืนยาแอสไพริน ขนาด 160 – 325 มิลลิกรัมทันที เปิดเส้นเลือดดำต่อ NSS 0.9 % พร้อมสำหรับให้ยากรณีฉุกเฉิน ให้ ออกซิเจน 2-4 ลิตร /นาที ใช้ยาบรรเทาอาการเจ็บอก เช่น มอร์ฟีน 2.5 มิลลิกรัม เข้าเส้นเลือดดำ แล้วนำส่งโรงพยาบาลโดยเฉพาะ โรงพยาบาลที่มีMonitor บันทึกคลื่นของหัวใจพร้อมเครื่องdefibrillator (ไฟบูลย์ โซตินพรีดิกเตอร์,สุนันทา ครอบงูทธ และ วิจิตร คุสุมภ์,2556 ,น.263 – 264)

ปัญหาการจัดการดูแลรักษาในปัจจุบัน คือ ผู้ป่วยตัดสินใจมารับการรักษาช้า พบว่าผู้ป่วยและผู้พบเหตุยังมีการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ไม่ถูกต้อง โดยจะหายารับประทานเอง บีบนวดและรอให้อาการทุเลา จึงมีผลให้ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนไปถึงโรงพยาบาลนานมากขึ้น (พัชรภรณ์ อุ่นเตจ๊ะ,2554) และพบว่าร้อยละ 65.3 จะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งสามารถให้การรักษาและวินิจฉัยเบื้องต้น และมีการประสานส่งต่อเข้าSTEMI fast track แต่ยังใช้เวลามากกว่าผู้ป่วยไปรักษาที่ศูนย์ตติยภูมิโรคหัวใจโดยตรง (พัชรภรณ์ อุ่นเตจ๊ะ,2554) นอกจากนั้น การที่ผู้ป่วยเข้าถึงสถานบริการอย่างทันทั่วทั้งที่ ทำให้การรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพแก้ไขภาวะฉุกเฉินไม่ให้ลุกลามอาจทำให้การพยากรณ์ของโรคดีขึ้น ถ้ามีการแก้ไขทันเวลา (วิไลพร หอมทอง,2547) ดังนั้นการจัดการดูแลผู้ป่วยในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาลที่สำคัญคือทำให้ผู้ป่วยหรือญาติมีความรู้ ในการประเมินอาการเจ็บหน้าอก จะได้มารับการรักษาในระยะเวลาที่สามารถรักษาด้วย fibrinolysis หรือ ทำ Percutaneous Coronary Intervention (PCI) ได้ (คำรัส ตรีสุโกศล,2554) หรือถ้าผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต) ควรมีการจัดรูปแบบการดูแลรักษาที่เหมาะสมที่สามารถเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายการส่งต่อที่มีคุณภาพได้ จะทำให้สามารถลดอัตราการเสียชีวิตลดระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาล รวมทั้งค่าใช้จ่ายของระบบบริการสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ (Lesneski,2010)

นอกจากการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้กับประชาชนถึงอาการของโรค วิธีปฏิบัติตัว ตลอดจนทราบว่าเมื่อมีอาการจะต้องไปสถานพยาบาลใดแล้ว ยังรวมถึงการมีทีมงานซึ่งประกอบด้วยแพทย์ พยาบาลและเครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพในการรักษาตามศักยภาพของโรงพยาบาลแต่ละระดับ

2.2.2 การดูแลระยะแรกในโรงพยาบาล หรือที่หน่วยฉุกเฉิน

เมื่อผู้ป่วยที่น่าสงสัยจะเกิด Acute myocardial infarction (AMI) มาที่แผนกฉุกเฉินหรือจุดคัดกรองของโรงพยาบาล การประเมินสภาพผู้ป่วยควรทำอย่างรวดเร็วภายใน 10 นาทีและไม่ควรเกิน 20 นาที (กอบกุล บุญปราชญ์, 2549) วัตถุประสงค์สำคัญในการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในระยะแรกคือ “door to needle” ใช้เวลาน้อยกว่า 30 นาที หรือได้รับการทำ Percutaneous angioplasty ภายใน 1 ชั่วโมง(ผ่องศรี มรกต, 2553) การทำให้หลอดเลือดที่อุดตันหายอุดตัน Reperfusion therapy ให้เร็วที่สุดภายใน 12 ชั่วโมงแรกหลังเจ็บหน้าอกเพื่จำกัดบริเวณของหัวใจขาดเลือดให้เหลือน้อยที่สุด

American College of Cardiology and American Heart Association (ACC/AHA) ได้กำหนดแนวทางจัดการดูแลผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน คือ 1) ให้ออกซิเจนเพื่อช่วยเพิ่มออกซิเจนในเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ 2) ให้ไนโตรกลีเซอรินอมใต้ลิ้น ซึ่งมีผลให้หลอดเลือดขยายลดอาการเจ็บหน้าอก ถ้าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวไม่ต่ำกว่า 90 มม.ปรอท หรืออัตราการเต้นของหัวใจไม่ต่ำกว่า 50 ครั้ง/นาที หรือไม่เกิน 100 ครั้ง /นาที 3) ให้ morphine 2-5 มก. IV เพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวดอย่างรุนแรงและลดความวิตกกังวลในขณะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ลดการทำงานของประสาทซิมพาเทติก ลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ ลดการไหลกลับของหลอดเลือดดำเข้าสู่หัวใจ ลดการทำงานของหัวใจ preload 4) ให้ aspirin เพื่อยับยั้งการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด ลดอัตราการตายและลดการเกิด MI ซ้ำ 5) บันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 lead เพื่อวินิจฉัยกล้ามเนื้อหัวใจเบื้องต้น ควรทำและแปลผลภายใน 10 นาที 6) เจาะเลือดการระดับสารโมเลกุลใหญ่และเอนไซม์จากกล้ามเนื้อตายในซีรัมเพื่อยืนยันการวินิจฉัย ควรจะได้ผลภายใน 30 - 60 นาที ซึ่งควรส่งตรวจ Troponin T หรือ I (เกรียงไกร เสงี่ยมิ, 2557) ส่วนวิธีการรักษาแบ่งเป็น 3 วิธี ดังนี้ (Antman et al., 2004 อ้างในดวงกมล วัตราคู, 2558, น.11-14)

1) การให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic agents) เป็นการรักษาที่มีประโยชน์สำหรับโรงพยาบาลส่วนใหญ่ทั่วโลก โดยเฉพาะผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ซึ่งการให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 1 ชั่วโมง สามารถลดอัตราการตายได้ร้อยละ 30 ถ้าภายใน 2 - 3 ชั่วโมง ลดอัตราการตายได้ร้อยละ 25 ถ้าให้ภายใน 4 - 6 ชั่วโมง ลดอัตราการตายได้เพียงร้อยละ 18 (ชุมพล เปี่ยมสมบูรณ์, 2551) ยาละลายลิ่มเลือดที่ใช้มากคือ Streptokinase, t-PA, Reteplase ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยการกระตุ้นพลาสมิโนเจน (plasminogen) ให้เป็นพลาสมิน (plasmin) ซึ่งสามารถละลายลิ่มเลือดที่อุดตันหลอดเลือด (fibrin clot) และย่อย clotting factor V & factor VIII, prothrombin และ fibrinogen ประโยชน์จากยาละลายลิ่มเลือดมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับระยะเวลาที่หลอดเลือดแดงถูกเปิดออก ถ้ามีเลือดไหลผ่านกลับมาเร็วเท่าใดก็จะทำ

ให้กล้ามเนื้อหัวใจตายถูกกำจัดให้มีขนาดเล็ก และการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายไม่เสียไปมาก ซึ่งจะมีผลทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตสูงขึ้นตามไปด้วย ยาละลายลิ่มเลือด แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ ยาที่ออกฤทธิ์จำเพาะต่อไฟบริน ได้แก่ alteplase, tenecteplase และยาที่ออกฤทธิ์ไม่จำเพาะต่อไฟบริน คือ streptokinase จากการศึกษาพบว่า ยาละลายลิ่มเลือดจะไม่มีประโยชน์ต่อการรักษาเลย ถ้าผู้ป่วยมีอาการมานานกว่า 12 ชั่วโมง ยกเว้นในกรณี que ผู้ป่วยยังมีการเจ็บหน้าอก (Levine, Ali, & Schafer, 2001) โดยผู้ป่วยที่มีโอกาสได้รับประโยชน์สูงสุดคือ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาเร็วที่สุด ภายใน 3 ชั่วโมงแรกหลังเกิดอาการ และผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงที่สุด เช่นกล้ามเนื้อหัวใจตายหน้าด้านหน้า (anterior wall myocardial infarction) ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตขณะหัวใจบีบต่ำกว่า 100 มิลลิเมตรปรอท หรือผู้ป่วยที่มีชีพจร มากกว่า 100 ครั้ง ต่อ นาที เวลาที่เริ่มให้ยาผู้ป่วยไม่ควรเกิน 30 นาที นับตั้งแต่ผู้ป่วยเดินทางมาถึงโรงพยาบาล (door – to – needle time) (Antman, 2004)

อย่างไรก็ตามแม้ว่ายาจะมีประโยชน์มาก แต่การให้ยาก็มีข้อห้ามของการใช้ยาภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาละลายลิ่มเลือดคือภาวะเลือดออกซึ่งบุคลากรที่ให้การดูแลต้องประเมินผู้ป่วยก่อนให้ยา ข้อห้ามโดยเด็ดขาด ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีประวัติเคยมีเลือดออกในสมอง ประวัติเคยตรวจพบก้อนเนื้ออกในสมอง มีภาวะของอวัยวะภายในกระทบกระเทือนอย่างรุนแรง หรือประวัติเลือดออกทางอวัยวะภายใน ในเวลาไม่เกิน 2 – 4 สัปดาห์ ยกเว้นการมีประจำเดือน ผู้ป่วยสงสัยว่าอาจมีโรคของผนังหลอดเลือดแดงแตกตัว นอกจากข้อห้ามเด็ดขาดแล้ว ยังมีข้อห้ามที่อาจพิจารณาให้ได้ในบางกรณี ได้แก่ ตรวจพบความดันโลหิตสูงรุนแรง มากกว่า 180 / 110 มิลลิเมตรปรอท เมื่อแรกรับโดยไม่สามารถควบคุมได้ ประวัติโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่ทราบชนิดแน่ชัด หรือโรคของสมองอื่น ๆ กำลังใช้ยากลุ่มต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulants) ในขนาดยาที่ทำให้ผลการตรวจระดับยาละลาย ลิ่มเลือดมาตรฐาน (International Normalized Ratio [INR]) มากกว่า 2 เท่า มีภาวะเลือดออกง่ายผิดปกติ ประวัติได้รับการบาดเจ็บรุนแรงมากในช่วง 2 – 4 สัปดาห์ การถูกช่วยฟื้นคืนชีพที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บหรือนานเกิน 10 นาที มีประวัติรับการผ่าตัดใหญ่มาไม่เกิน 3 สัปดาห์ และผู้ป่วยที่กำลังตั้งครรภ์ ถ้าผู้ป่วยมีข้อห้ามเด็ดขาดของการใช้ยา ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ เช่น การขยายหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่ตีบด้วยบอลลูน

2) การขยายหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่ตีบด้วยบอลลูน (Percutaneous Coronary intervention [PCI]) เป็นการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่ตีบด้วยบอลลูน โดยแพทย์จะสอดใส่สายที่มีบอลลูนอยู่บริเวณสายเข้าไปยังหลอดเลือด โคโรนารีที่ถูกโป่ง ที่อยู่บริเวณปลายสายจะถูกดันให้โป่งออก เกิดแรงดันและทำให้เกิดการปริแตกของแผ่นไขมันที่ลึกลงไปถึงชั้นกลางของผนังหลอดเลือดทำให้พื้นที่ของช่องว่างในหลอดเลือดเพิ่มขึ้นเป็นการเพิ่มการ

ไหลเวียนของเลือด (ธนวัฒน์ เบญจานุวัตร และ อภิชาติ สุคนธทรัพย์, 2543) โดยวิธีการนี้จะทำในกรณีผู้ป่วยมีข้อห้ามต่อการให้ยาละลายลิ่มเลือดและผู้ป่วยที่มีสัญญาณชีพไม่คงที่ เป้าหมายสำคัญ คือ ควรเปิดหลอดเลือดที่ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตายภายใน 6 ชั่วโมงหลังจากมีอาการเจ็บแน่นอก หรืออย่างช้า ไม่เกิน 12 ชั่วโมง ในกรณีที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลเกิน 12 ชั่วโมง อาจไม่จำเป็นต้องเปิดหลอดเลือดทันที เพราะไม่มีหลักฐานชัดเจนว่าได้ประโยชน์ อย่างไรก็ตามหากผู้ป่วยยังมมีอาการเจ็บแน่นอกอยู่ หรือไม่มีสัญญาณของการเปิดหลอดเลือด (reperfusion) ภายในช่วงเวลา 90-120 นาทีหลังให้ยาละลายลิ่มเลือด อาจพิจารณาขยายหลอดเลือดหัวใจชนิดปฐมภูมิ หรือส่งต่อไปยังสถานพยาบาลที่มีความพร้อมโดยเร็วที่สุด (สุรพันธ์ ลิทธิสุข, 2557:55) ซึ่งจากแนวทางที่กำหนดจะเห็นได้ว่าสถานบริการจะมีความสามารถในการรักษาที่แตกต่างกัน จึงมีความจำเป็นต้องมีการเชื่อมโยงการส่งต่ออย่างเป็นระบบ เพื่อจะสามารถจัดการให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาเพื่อเปิดเส้นเลือดโคโรนารีได้ทันเวลา

3) การรักษาโดยการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี (Coronary Artery Bypass Grafting surgery [CABG surgery]) เป็นการผ่าตัดทำทางเบี่ยง (bypass) จากหลอดเลือดแดงใหญ่ (aorta) ผ่านบริเวณที่อุดตันไปยังหลอดเลือดโคโรนารีบริเวณที่ได้ต่อการอุดตันนั้น ๆ เพื่อให้สามารถนำเลือดแดงไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจส่วนนั้นได้ นิยมใช้หลอดเลือดของผู้ป่วยนำมาเป็นทางเบี่ยงใช้หลอดเลือดจากบริเวณอื่นๆ เช่น หลอดเลือดดำที่ขา (saphenous vein) หลอดเลือดแดงที่แขน (radial artery) หรือหลอดเลือดแดงใน ทรวงอก (Left internal mammary artery ; LIMA) เป็นต้น การผ่าตัดมักจะทำในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีภาวะแทรกซ้อนทางโครงสร้างของหัวใจ เช่น ผนังกันหัวใจทะลุ หรือ ในรายที่มีเส้นหัวใจจากเอ็นยึดเส้นหัวใจขาด นอกจากนั้นการผ่าตัดยังทำในรายซึ่งไม่สามารถรักษาโดยการถ่ายขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนได้สำเร็จ หรือในผู้ป่วยที่ลักษณะทางกายวิภาคของหลอดเลือดโคโรนารีไม่เหมาะสมกับการทำการถ่ายขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน เช่น มีการตีบตันอย่างมากของหลอดเลือดเส้นใหญ่ (left main) หรือมีการตีบตันอย่างรุนแรงของหลอดเลือด โคโรนารีทั้ง 3 เส้น

การจัดการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในระยะฉุกเฉิน ในโรงพยาบาล นั้นต้องจัดการดูแลรักษาภายใน 30 นาที หลังจากมาถึงโรงพยาบาล ตามกฎ 4 D (door ,data ,decision และ drug) ร่วมกับแนวทางการรักษาที่ทันสมัย (ผ่องศรี ศรีมรกต , 2553) พยาบาลฉุกเฉิน ต้องมีสมรรถนะในการคัดแยกผู้ป่วยที่สงสัยมีอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดสามารถแปลผลเบื้องต้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และการบริหารยาละลายลิ่มเลือดสามารถเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และจัดการเบื้องต้นได้ ซึ่งถ้าจัดให้มีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีที่สามารถกำกับระบบทางด้านการรักษาเฉพาะโรคหรือ STEMI fast

track ให้เป็นไปตามที่กำหนด ทั้งเวลาและผลลัพธ์ รวมทั้งการประสานการจัดการทรัพยากรให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายได้ (พัชรภรณ์ อุ่นเต๊ะ, 2554) แพทย์ต้องมีความรู้ ความสามารถในการอ่านและแปลผล EKG ชนิด STEMI อย่างแม่นยำ สามารถตัดสินใจให้การรักษามาตามแนวทางที่กำหนดได้ ซึ่งอัตราการตาย อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ความพิการ และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาวสัมพันธ์กับความรวดเร็วในการประเมิน วินิจฉัย และการตัดสินใจสั่งการรักษา (จริยา ตันติธรรม, 2552) โรงพยาบาลจึงต้องมีการจัดการให้เกิดความรวดเร็วของขั้นตอนการรักษา และความพร้อมด้านสมรรถนะของทีมสุขภาพ ซึ่งโรงพยาบาลควรมีการจัดเตรียมยาละลายลิ่มเลือดไว้ในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล สามารถใช้ได้ไม่ยุ่งยาก มีแผนภูมิขั้นตอนการรักษา ตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล จนได้รับยาไม่เกิน 30 – 60 นาที และสามารถจัดการให้มีระบบส่งต่ออย่างปลอดภัยในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

2.2.3 การดูแลรักษาระยะต่อเนื่องภายใน 24 ชั่วโมงแรก

ผู้ป่วยทุกรายควรได้รับการดูแลรักษาในหน่วยอภิบาลโรคหัวใจเฉียบพลัน (Coronary care unit หรือ CCU) หรือ หน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนักหรือไอซียู (intensive care unit หรือ ICU) เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจและรักษาภาวะแทรกซ้อน แนวทางการจัดการดูแลคือ ให้ออกซิเจน ให้น้ำเกลือ เปิดเส้นเลือด ควรให้พัก และให้ยาแก้ปวด ซึ่ง การรักษาด้วยการรักษาด้วยยามีประโยชน์ในระยะแรกได้แก่

1) ยาแอสไพริน (Aspirin) จากการศึกษาการให้ยาแอสไพรินร่วมกับการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า สามารถช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิต ผู้ป่วยแอสไพรินจึงถือเป็นยาสำคัญที่สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยและสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยจัดให้มีในแนวทางปฏิบัติ กำหนดให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทุกคนควรจะได้รับยานี้ที่ห้องฉุกเฉิน โดยให้ผู้ป่วยเคี้ยวแล้วกลืนในขนาด 160 – 325 มิลลิกรัมทันที ยกเว้นผู้ป่วยที่มีข้อห้ามของการให้แอสไพรินซึ่งได้แก่ ผู้ป่วยแพ้ยา ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกง่าย ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อค อาจพิจารณาให้คลอพิโดเกรล (Clopidogrel) 300 มิลลิกรัม (Antman et al, 2004 ; อภิชาติ สุคนธทรัพย์ , 2552) ซึ่ง Clopidogrel เป็นยาต้านเกร็ดเลือดชนิดรับประทาน ใช้ loading dose อย่างน้อย 300 มิลลิกรัม อาจให้ถึง 600 มิลลิกรัม ให้ออกซิเจน ร่วมกับ Primary PCI และรับประทาน 75 มิลลิกรัม / วัน ต่อเนื่องเป็นเวลา 9 – 12 เดือน ในรายที่ได้รับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจชนิดเคลือบยา (อภิชาติ สุคนธทรัพย์ , 2552)

2) ยาในกลุ่ม ไนเตรท (nitrates) ชนิดอมใต้ลิ้น เพื่อบรรเทาอาการเจ็บหน้าอกของผู้ป่วยโดยยาจะทำให้ผนังกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดคลายตัวลงเป็นผลให้หลอดเลือด

เลือดขยายตัว และทำให้หลอดเลือดดำขยายตัวด้วย จึงเป็นเหตุให้เกิดเลือดไปสะสมที่หลอดเลือดส่วนปลาย ซึ่งจะทำให้ลดปริมาณเลือดที่จะเข้าสู่หัวใจ และลดแรงดึงดูดที่ผนังหัวใจห้องล่างลดลง ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจใช้ออกซิเจนน้อยลง ลดความไม่สมดุลของปริมาณการใช้ออกซิเจน และปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงของกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้บรรเทาอาการเจ็บหน้าอกจากการขาดเลือดไปเลี้ยงได้และสามารถให้ได้ทุก 5 นาที จนกระทั่งครบ 3 ครั้ง ถ้าผู้ป่วยยังมีการเจ็บหน้าอกต่อเนื่องให้พิจารณาใช้ในเตรทชนิดหยดทางเลือดดำ การให้ยาในเตรททางเลือดดำ นอกจากเพื่อบรรเทาอาการเจ็บหน้าอกแล้ว ยังใช้ในการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและลดความดันเลือดดำในปอด ควรหลีกเลี่ยงการให้ยาในเตรททุกชนิด ถ้าความดันโลหิตต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท (Antman et al.,2004)

3) ยามอร์ฟิน (morphine) ฉีดเข้าหลอดเลือดดำเพื่อบรรเทาอาการเจ็บหน้าอก ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตต่ำและผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้มอร์ฟิน

การดูแลรักษาทั่วไป ได้แก่ การให้ออกซิเจนผู้ป่วยทุกราย โดยเฉพาะระยะแรก 2 - 3 ชั่วโมง กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน สามารถหยุดออกซิเจนได้หลังจาก 6 ชั่วโมงแล้ว หรือค่าอิ่มตัวในเลือด (SaO₂) มากกว่า ร้อยละ 90 (Antman et al.,2004)

2.2.4 การดูแลรักษาในระยะต่อเนื่องภายหลัง 24 ชั่วโมง

การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในระยะหลัง 24 ชั่วโมงจะค่อย ๆ เพิ่มการเคลื่อนไหว และย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤติได้ใน 2 - 3 วัน ตรวจสอบภาวะแทรกซ้อนของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ให้ยาแอสไพริน ขนาด 160 -325 มิลลิกรัมต่อวัน beta – blocker ตลอดไป และควรให้ตัวยับยั้ง แองจิโอเทนซิน-คอนเวอร์ติง เอนไซม์ (Angiotensin-Converting Enzyme[ACE – inhibitor]) อย่างน้อย 6 สัปดาห์ ตลอดจนเตรียมผู้ป่วยกลับบ้านหลังจากการทดสอบด้วยการออกกำลังกาย และกลับบ้านได้ 4 – 7 วัน

ในการจัดรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันนั้นมีความแตกต่างกันตามขีดความสามารถของโรงพยาบาล สำหรับโรงพยาบาลชุมชนที่มีแพทย์ทั่วไปแต่ไม่มีอายุรแพทย์จะไม่มีขีดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยในระยะต่อเนื่องในภาวะวิกฤติ 24 ชั่วโมงแรกในห้องผู้ป่วยหนัก แต่สามารถจัดการดูแลผู้ป่วยในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล และระยะแรกที่ห้องฉุกเฉินได้ โดยสามารถวินิจฉัย จากอาการและคลื่นไฟฟ้าหัวใจ โดยมีระบบการปรึกษากับโรงพยาบาลแม่ข่าย สามารถให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดและประสานการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลที่มีความพร้อมในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ โรงพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการติดต่อประสานงานระหว่างผู้ป่วยและทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่อง ให้การรักษาเป็นไปตามแนวทางที่กำหนด จึงควรมีการ

พัฒนาศักยภาพพยาบาลโดยใช้แนวคิดการจัดการรายกรณี (case management) เพื่อบริหารจัดการระบบบริการโรคหัวใจตั้งแต่ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ดูแลสุขภาพผู้ป่วยให้เป็นแนวทางเดียวกัน

3. การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

การพัฒนารูปแบบหรือแบบจำลอง (Model) เป็นกระบวนการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจากสภาพที่เป็นปัญหาไปสู่สภาพที่ดีขึ้นนี้จากการทบทวนเอกสาร ตำรางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นักการศึกษาและนักพัฒนาได้กล่าวถึงการพัฒนารูปแบบดังนี้

3.1 แนวคิดของการพัฒนารูปแบบ

3.1.1 ความหมายของการพัฒนารูปแบบ

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2542) ให้ความหมายของคำว่า พัฒนา หมายถึง ทำให้เจริญ กวี วงศ์พุ่ม (2542) กล่าวว่า การพัฒนาเป็นการเปลี่ยนแปลงระบบหรือวิธีการไปจากเดิม อันมีผลให้เกิดการสร้างความสำเร็จก้าวหน้า เกิดประโยชน์ดีขึ้น โดยเริ่มจากสิ่งที่มีอยู่เดิม นอกจากนี้การพัฒนาเป็นกระบวนการร่วมมือร่วมใจของสมาชิกทีมงานมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาและพัฒนาแนวทางการดำเนินงานใหม่ๆ มาปรับปรุงแก้ไขปัญหาในหน่วยงาน

กล่าวโดยสรุปการพัฒนา หมายถึง การเปลี่ยนแปลงระบบหรือวิธีการไปจากเดิมให้ดีขึ้น โดยการมีส่วนร่วมของสมาชิกทีมงาน ในการวิเคราะห์ปัญหาและพัฒนาแนวทางการดำเนินงานใหม่ๆ มาปรับปรุงแก้ไขปัญหาในหน่วยงาน

รูปแบบหรือแบบจำลอง (Model) มีผู้ให้ความหมายไว้ หลายลักษณะดังตัวอย่าง อุทุมพร จามรมาน (2541) ให้ความหมายว่า โครงสร้างของความสัมพันธ์ของหน่วยต่าง ๆ หรือตัวแปรต่างๆ ดังนั้น รูปแบบจึงน่าจะมีมากกว่าหนึ่งมิติ หลายตัวแปร และตัวแปรต่างๆ มีความเกี่ยวข้องซึ่งกันและกันในเชิงความสัมพันธ์และเชิงเหตุและผล เขาวดี วิบูลย์ศรี (2554) รูปแบบคือวิธีการที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งได้ถ่ายทอดความคิด ความเข้าใจตลอดทั้งจินตนาการที่มีต่อปรากฏการณ์ หรือเรื่องราวใดๆ ให้ปรากฏ โดยใช้การสื่อสารในลักษณะต่างๆ เช่น ภาพวาด ภาพเหมือน แผนภูมิ แผนผังต่อเนื่อง หรือสมการทางคณิตศาสตร์ ให้สามารถเข้าใจได้ง่าย และในขณะเดียวกัน ก็สามารถนำเสนอเรื่องราว หรือประเด็นต่างๆ ได้อย่างกระชับ ภายใต้หลักการอย่างมีระบบ ทิศนา แจมมณี (2545) เป็นรูปธรรมของความคิดที่เป็นนามธรรม ซึ่งบุคคลแสดงออกมาในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง เช่นอธิบายเป็นแผนผัง ไคอะแกรมหรือ แผนภาพ เพื่อช่วยให้ตนเองและบุคคลอื่นสามารถเข้าใจได้ชัดเจนขึ้นรูปแบบเป็นเครื่องมือทางความคิดที่บุคคลใช้ในการสืบสอบหาคำตอบ ความรู้ ความเข้าใจในปรากฏการณ์ทั้งหลาย รวมทั้งเป็น กรอบความคิดทางด้าน

หลักการ วิธีการดำเนินงาน และเกณฑ์ต่างๆ ของระบบ ที่สามารถยึดถือเป็นแนวทางในการดำเนินงานให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ได้ (วาโร เฟิงส์วาล์, 2553)

การพัฒนารูปแบบ มีผู้ให้ความหมายไว้ ดังนี้

ไพโรจน์ เพชรคง (2539, น. 7) กล่าวถึง การพัฒนาแบบ หมายถึง การกำหนดแนวทางและโครงสร้างเชิงขอบอาจเป็นสิ่งที่ของ ระบบงานกระบวนการ หรือแนวคิดที่อยู่ในรูปใดรูปหนึ่งให้ดีขึ้นกว่าเดิม

วิมลพร ไสยวรรณ (2545) การพัฒนาแบบจะต้องอธิบายโครงสร้าง ความสัมพันธ์เชิงเหตุผลของเรื่องที่ต้องการศึกษาอย่างชัดเจนตามกรอบแนวคิดและทฤษฎี สามารถตรวจสอบได้ด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์

Willer .1996, น.83 กล่าวว่า การพัฒนาแบบแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ การสร้าง (Construct) และการหาความเที่ยงตรง (Validity) ของรูปแบบ

กล่าวโดยสรุป จากความหมายของการพัฒนาแบบ พอสรุปโดยรวมเพื่อนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ว่า การพัฒนาแบบ หมายถึง ภาวะการเปลี่ยนแปลงหรือการสร้างสิ่งใดสิ่งหนึ่งซึ่งอาจเป็น โครงสร้าง ระบบงาน กระบวนการ หรือแนวทางของความสัมพันธ์ของส่วนต่างๆ ที่ดีขึ้นกว่าเดิม แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ การสร้างหรือพัฒนาแบบ และ การตรวจสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบ เพื่อแก้ปัญหาการจัดการดูแลผู้ป่วย

3.1.2 องค์ประกอบของรูปแบบ

การกำหนดองค์ประกอบของรูปแบบจะประกอบด้วยอะไร จำนวนเท่าใด มีโครงสร้างและความสัมพันธ์กันอย่างไร ขึ้นอยู่กับปรากฏการณ์ ปัจจัยหรือตัวแปรต่างๆ ที่กำลังศึกษา ซึ่งจะออกแบบตามแนวคิดทฤษฎี งานวิจัย และหลักการพื้นฐานในการกำหนดรูปแบบนั้นเป็นหลัก (วาโร เฟิงส์วาล์, 2553) เช่น การวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบการจัดการพยาบาลผู้ป่วยรายกรณีสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ของ กฤษดา จวนวันเพ็ญ (2554) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในสถาบัน โรคทรวงอก ผลวิจัยพบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1) องค์ประกอบด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล 2) องค์ประกอบด้านผู้ให้บริการหรือทีมสหวิชาชีพ 3) องค์ประกอบด้านผู้รับบริการหรือผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย 4) องค์ประกอบด้านชุมชนหรือโรงพยาบาลใกล้เคียง เป็นต้น เช่นเดียวกับ สุทธิดา รั้วมัน (2553) กล่าวว่า จากการศึกษาตัวอย่างของรูปแบบจากเอกสารที่เกี่ยวข้องต่างๆ พบว่าไม่หลักเกณฑ์ว่ารูปแบบต้องมีองค์ประกอบอะไรบ้าง ส่วนใหญ่จะขึ้นอยู่กับลักษณะเฉพาะของปรากฏการณ์ที่ผู้สนใจดำเนินการศึกษา แต่โดยภาพรวมองค์ประกอบของรูปแบบมีดังนี้ 1) ปรัชญา ทฤษฎี หลักการ แนวคิดและ

ความเชื่อที่เป็นพื้นฐานของรูปแบบนั้นๆ 2) การบรรยายและอธิบายสภาพ หรือลักษณะของการจัดการที่สอดคล้องกับหลักการที่ยึดถือ 3) การจัดระบบ คือ มีการจัดองค์ประกอบ และความสัมพันธ์ขององค์ประกอบของระบบให้สามารถนำไปสู่เป้าหมายของระบบหรือกระบวนการนั้นๆ 4) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการและเทคนิคต่างๆ ที่จะช่วยให้กระบวนการนั้นๆเกิดประโยชน์สูงสุด

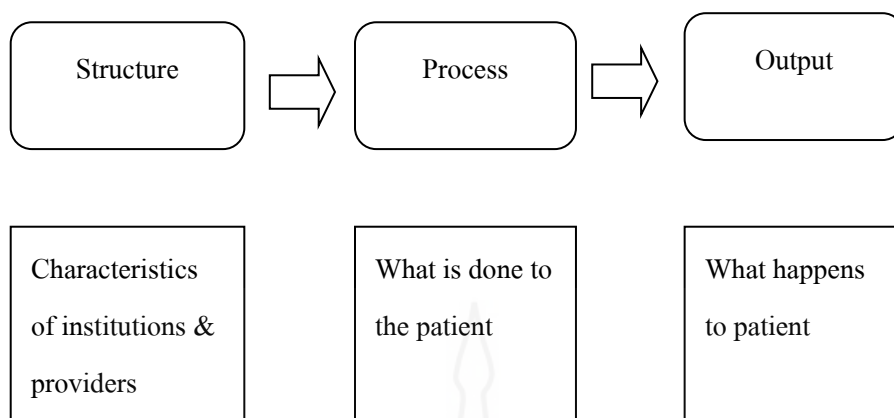
ลักษณะของรูปแบบที่ดี ควรมีลักษณะดังนี้ (วาโร เฟิงส์วส์ดี, 2553, น.6)

- 1) ควรประกอบด้วยความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างระหว่างตัวแปรมากกว่า ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงธรรมดา อย่างไรก็ตามความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงก็มีประโยชน์ในช่วงของการพัฒนารูปแบบ
- 2) รูปแบบควรนำไปสู่การทำนายผลที่ตามมา ซึ่งสามารถตรวจสอบได้ด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์โดยเมื่อทดสอบรูปแบบแล้วถ้าปรากฏว่าไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์รูปแบบนั้นต้องถูกยกเลิก
- 3) รูปแบบควรอธิบายโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงเหตุผลของเรื่องที่ศึกษาได้อย่างชัดเจน
- 4) รูปแบบควรเป็นเครื่องมือในการสร้างความคิดรวบยอด (Concept) ใหม่ และการสร้างความสัมพันธ์ของตัวแปรใหม่ ซึ่งจะเป็นการเพิ่มองค์ความรู้ (Body of Knowledge) ในเรื่องที่กำลังศึกษา
- 5) รูปแบบในเรื่องใด จะเป็นเช่นไรขึ้นอยู่กับกรอบทฤษฎีในเรื่องนั้นๆ

3.2 แนวคิดของโดนาบีเดียน

การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ศึกษาแนวคิดทฤษฎี และเลือกประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดของโดนาบีเดียน (Donabedian, 2003) ดังนี้

โดนาบีเดียน (Donabedian, 2003) เสนอองค์ประกอบในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพไว้ 3 ด้าน ได้แก่ โครงสร้าง (Structure) กระบวนการ (Process) ผลลัพธ์ (Outcome) ซึ่งแต่ละด้านมีความเชื่อมโยงขององค์ประกอบหลัก จะมีความสัมพันธ์ที่มีลำดับขั้นตอนทิศทางเดียว ดังแสดงในภาพที่ 2.2



ภาพที่ 2.2 แสดงองค์ประกอบคุณภาพ ตามแนวคิดของโดนาปีเดียล

ที่มา: Avedis Donabedian (2003,pp.46-47)

จากแผนภาพที่ 2.2 จะเห็นว่า โครงสร้างนั้นมีผลโดยตรงต่อกระบวนการ และผลลัพธ์ที่พึงประสงค์หรือไม่พึงประสงค์ได้เช่นเดียวกัน ดังมีรายละเอียดดังนี้

1. โครงสร้าง(Structure) ครอบคลุมปัจจัยนำเข้าเป็นรูปแบบภายในของระบบ เน้นองค์การประกอบด้วย

1) เครื่องมือ/อุปกรณ์ (Physical Resources) สิ่งอำนวยความสะดวก (facilities) เครื่องมือเครื่องใช้ (equipment) ต้องมีการควบคุมคุณภาพในทุกส่วนตั้งแต่ อาคาร สถานที่ สิ่งแวดล้อม วัสดุ เครื่องมือ อุปกรณ์ รวมถึงผู้รับบริการในระบบบริการสุขภาพ

2) ทรัพยากรบุคคล (Human Resources) เป็นปัจจัยนำเข้าที่มีความสำคัญมากที่สุดโดยเป็นผู้จัดหา ดูแลและจัดการทรัพยากรอื่น ๆ รวมทั้งเป็นผู้กำหนดและดำเนินการทำงานตามกระบวนการจนได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ ดังนั้นการจะทำงานที่มีคุณภาพ จะต้องมีการคัดเลือกคนที่เหมาะสม จัดคนให้ตรงกับงาน มีการประเมินผลงานและพัฒนาคนอย่างสม่ำเสมอ

3) องค์การ(Organization Resources) เช่นองค์กรแพทย์ องค์กรพยาบาล รูปแบบการทำงานหรือบริการด้วยเทคโนโลยีที่เหมาะสม การกำหนดนโยบาย เป้าหมาย การมอบหมายงาน การควบคุมกำกับ ตรวจสอบผลการปฏิบัติงาน รวมถึงวิธีการจ่ายเงิน

4) มาตรฐานการปฏิบัติ (Standards of Practice) เป็นมาตรฐานที่กำหนดโดยหน่วยงานต่างๆ เช่น แผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสหวิชาชีพ (Clinical pathway) แผนการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีในโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นต้น

5) แหล่งประโยชน์สุขภาพ (Environmental Resources)

มาตรฐานเชิงโครงสร้าง (Structural standard) เป็นมาตรฐานที่องค์การกำหนดขึ้นโดยคำนึงถึงระบบบริการสาธารณสุขโดยรวม หรือ เน้นองค์การโดยภาพรวม (Gillies,1994 ;อารีชีวเกษมสุข,2555) คลอบคลุมพันธกิจ ปรัชญา วัตถุประสงค์ นโยบายการปฏิบัติงาน โครงสร้างการบริหารงาน และการจัดสรรทรัพยากรต่าง ๆ ที่มีในสถานบริการสาธารณสุขนั้นๆ เช่น กำลังคนงบประมาณ เครื่องมือ และอาคารสถานที่ เป็นต้น

2. กระบวนการ (Process) เป็นการนำนโยบาย มาตรฐาน หรือแผนงานลงสู่การปฏิบัติ มุ่งเน้นรายละเอียดของกิจกรรมต่าง ๆ ที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขปฏิบัติต่อผู้ให้บริการ ในด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพ การให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว เป็นมาตรฐานที่เน้นผู้ให้บริการ

3. ผลลัพธ์ (Outcome) เป็นผลลัพธ์สุดท้ายที่เกิดขึ้นจากการรักษา การปฏิบัติ หรือการให้การดูแล (Powell,2000) ตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์(outcome indicators) มีหลายชนิด อาจจัดกลุ่มได้ดังนี้ (Jennings,Staggers,&Brosch,1999 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ ,2555:100)

3.1 ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย

3.1.1 ตัวชี้วัดที่เฉพาะกับการวินิจฉัย เช่น ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ต่างๆ APGAR Scores , สัญญาณชีพ อาการหายใจลำบาก นานัก เป็นต้น

3.1.2 ตัวชี้วัดองค์รวม เช่น การปรับเปลี่ยนแบบแผนพฤติกรรมสุขภาพ ความสามารถในการทำหน้าที่ ความสุขสบาย/ความไม่สุขสบาย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ การทำหน้าที่ทางสังคม ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน การเคลื่อนไหว คุณภาพชีวิต ความรู้ของผู้ป่วย / ผู้ให้บริการ ความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้ให้บริการ การจัดการกับอาการ เป็นต้น

3.2 ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ

3.2.1 ผู้ให้บริการในวิชาชีพ เช่น ความเหมาะสมของการรักษาพยาบาล ความชำนาญในทักษะเชิงวิชาชีพ การเกิดเหตุการณ์สุดิวสัยขณะได้รับการรักษา เป็นต้น

3.2.2 ผู้ดูแลในครอบครัว เช่น ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล ปฏิสัมพันธ์ของผู้ดูแล เป็นต้น

3.3 ผลลัพธ์ด้านองค์กร เช่น การเข้าถึงการบริการของผู้ป่วย ค่าใช้จ่าย ระยะเวลาหรือจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ความเจ็บป่วยหรือเป็นโรค อัตราการตาย การพลัดตกหกล้ม ความผิดพลาดเกี่ยวกับการใช้ยา การติดเชื้อ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น

ผลลัพธ์ที่ดีควรมาจากกระบวนการปฏิบัติงานที่ดีของบุคลากร แต่กระบวนการปฏิบัติงานที่ดีของบุคลากรไม่อาจประกันได้ว่าจะทำให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีเสมอไป หรือบางกระบวนการ

ปฏิบัติงานของบุคลากรแม้จะไม่มีประสิทธิภาพ แต่อาจให้ผลลัพธ์ที่ดีก็ได้ เพราะความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการกับผลลัพธ์ไม่แน่นอนและอาจทำนายไม่ได้ อย่างไรก็ตาม กระบวนการที่ดีและมีประสิทธิภาพย่อมมีแนวโน้มนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการได้ (Wyszewianski, 2008 อ้างใน อารีชีวะเกษมสุข ,2555, น.10-15)

3.3 แนวคิดการจัดการรายกรณีของพาวเวลล์

การจัดการรายกรณี เป็นระบบการดูแลผู้ป่วยที่สะท้อนให้เห็นความเป็นวิชาชีพ มีจุดมุ่งหมายหลักให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน สามารถดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพได้ครอบคลุม โดยมีการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ มีผู้จัดการ (Case manager) เป็นผู้เชื่อมประสานทีมสหวิชาชีพ เน้นในกลุ่มผู้ป่วยที่พบปัญหาสุขภาพรุนแรงหรือกลุ่มเสี่ยงทั้งด้านอาการ และอาการแสดงของโรค ซึ่งไม่สามารถแก้ปัญหาด้วยการปฏิบัติการรักษาพยาบาลตามภารกิจประจำวันทั่วไปได้ ซึ่งรูปแบบการจัดการรายกรณี เป็นอีกรูปแบบหนึ่งที่สามารถนำมาจัดการดูแลในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เพื่อให้อาการของโรคดีขึ้น ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัว เกิดความสามารถในการดูแลตนเองได้ ทุกฝ่ายมีความพึงพอใจในระบบสุขภาพ ผู้ป่วยไม่ต้องเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลโดยไม่จำเป็น สามารถเข้าถึงบริการได้ในระยะเวลาที่เหมาะสม และได้รับบริการต่อเนื่องที่มีคุณภาพ

3.3.1 ความหมายของรูปแบบการจัดการรายกรณี

Case Management Society of America (CMSA) ,2010 ได้ให้ความหมายของการจัดการรายกรณีว่าเป็นกระบวนการทำงานร่วมกันในการประเมิน วางแผน ประสานงาน และพิทักษ์สิทธิประโยชน์ในการเลือกและรับบริการของผู้ป่วย เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายด้วยการสื่อสารและการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพและคุ้มค่า

Cohen & Cesta ,1997 (อ้างใน วันเพ็ญ ภิญญโณภาสกุล, 2549, น.8-14) ได้ให้ความหมายของcase management ว่าเป็นการดำเนินการเพื่อให้ได้การดูแลที่มีคุณภาพและมีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม โดยมีเป้าหมายว่าผลของการได้รับบริการจะต้องปรากฏเป็นผลลัพธ์ที่เห็นชัดเจนและวัดได้ โดยการส่งเสริมผลลัพธ์ที่คนไข้ เช่น การทำงานของร่างกาย ความสามารถในการดูแลตนเอง ความพึงพอใจในผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ให้บริการ

Than, H.A. & Huber, D.L., 2006 (อ้างใน ศิริ อธิสินธุ , 2556, น.2) ได้ให้ความหมายของการจัดการรายกรณี เป็นการดำเนินงานของทีมสุขภาพและผู้เกี่ยวข้อง โดยมีผู้จัดการรายกรณีทำหน้าที่ประสานความร่วมมือในการประเมิน (assessment) การวางแผน (planning) อำนวยความสะดวก (facilitation) สนับสนุน เป็นปากเป็นเสียงเพื่อพิทักษ์สิทธิในการได้รับบริการสุขภาพที่เหมาะสมและเป็นธรรม (advocacy) สร้างทางเลือกและให้บริการที่เหมาะสมกับความ

ต้องการสุขภาพของแต่ละบุคคลผ่านการสื่อสาร การค้นหาและจัดสรรทรัพยากรเพื่อส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์ทั้งเชิงคุณภาพ และความคุ้มค่าของการใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล

Wojner (1997) ได้ให้ความหมายของ case management ว่าเป็นกระบวนการร่วมมือในการประเมิน วางแผนปฏิบัติการประสานงาน การเฝ้าระวัง และการประเมินภาวะสุขภาพ และการบริการด้านสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการทางภาวะสุขภาพของแต่ละคน โดยใช้ทรัพยากรตามความจำเป็น มีคุณภาพสูง และผลการดูแลที่คุ้มค่า

Powell (2010) ได้ให้ความหมาย การจัดการรายกรณี เป็นกระบวนการสร้างความร่วมมือในการให้บริการ โดยมีการประเมิน การวางแผน การปฏิบัติ การประสานงาน การติดตามควบคุมกำกับ ประเมินผล และ การพัฒนาคุณภาพบริการโดยการประสานการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมให้องค์กรบรรลุเป้าหมาย ในการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนความหมายของการจัดการรายกรณี สามารถสรุปได้ว่า เป็นกระบวนการจัดการบริการสุขภาพที่มีเป้าหมายในการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพ ลดการทำงานแบบแยกส่วน เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และช่วยให้มีการประสานงานที่ดีระหว่างทีมสุขภาพ โดยใช้ทรัพยากรบุคคลและทรัพยากรอื่นๆ ที่มีอยู่ในองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อเกิดความคุ้มค่าด้านค่าใช้จ่าย โดยมีผู้จัดการรายกรณี เป็นผู้ประสานความร่วมมือตามแผนที่กำหนด

3.3.2 องค์ประกอบของการจัดการรายกรณี

องค์ประกอบหลักที่สำคัญของ case management มี 5 ประการ (Wojner et al., 1997 อ้างในเพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2556 , น.152-153 วันเพ็ญ ภิญญภาสกุล, 2549; 8-14)

1) การประสานความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลรักษาพยาบาล ประสานความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพได้หมายถึงการประสานงาน หรือการรายงานเท่านั้น แต่หมายรวมถึงความร่วมมือที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการรักษาพยาบาลด้วยการประสานความร่วมมือประกอบด้วย การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลรักษาพยาบาลเพื่อกำหนดแนวทางหรือรูปแบบการดำเนินการ การเตรียมการซึ่งประกอบด้วยเตรียมเครื่องมือการเตรียมบุคลากร และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง และการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่และแผนการดูแลที่กำหนดร่วมกัน ความร่วมมือของทีมสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาล เป็นสิ่งจำเป็นในการปฏิบัติเพื่อให้การทำงานของบุคลากรทุกฝ่ายเกิดความเชื่อมโยง และดำเนินไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย

2) แผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสหสาขาวิชาชีพ (clinical pathway หรือ care map) ซึ่งทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันกำหนดขึ้นสำหรับเป็นแนวทางในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย ในการจัดการรายกรณี เนื่องจากมีการร่วมกันทำงานของสหวิชาชีพจำเป็นต้องมีการสื่อสารที่

ดีในทีมของการดูแลเพื่อมิให้เกิดการซ้ำซ้อนของงาน แผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสหสาขาจึงเป็นเครื่องมือของการจัดการรายกรณีที่ใช้ในการกำกับการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่ผู้ป่วยจะได้รับเป็นหลักประกันให้ผู้ป่วยมั่นใจได้ว่าจะได้รับการดูแลที่ได้มาตรฐาน สมเหตุสมผล

3) ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (case manager) อาจใช้บุคลากรทีมสุขภาพคนใดก็ได้แต่ข้อสรุปนานาชาติพบว่ามีผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ผู้จัดการผู้ป่วยได้เหมาะสมที่สุดคือพยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง นอกจากนั้นยังมีความรู้พื้นฐานทางคลินิก ประสานการดูแลระหว่างแพทย์ พยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติหลายด้านคือ เป็นผู้ชำนาญทางคลินิก เป็นผู้ให้ความรู้ เป็นผู้ประสานงาน และเป็นผู้จัดการ ดังนั้นจึงควรมีทักษะเฉพาะในการบริหารจัดการ การวางแผน การจัดองค์กร การอำนวยความสะดวก และการควบคุมตลอดจนการดูแลผู้ป่วย ส่วนใหญ่คนกลุ่มนี้จะสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท หรือเป็นผู้ชำนาญทางคลินิก บางแห่งก็ใช้พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี แต่จะต้องมีประสบการณ์ในงานที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 3 ปี ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติกับผู้ป่วยโดยตรง

4) การดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นบริการที่จะให้กับผู้ป่วยภายหลังออกจากโรงพยาบาลแล้วผู้ป่วยอาจจำเป็นต้องใช้แหล่งบริการผู้ป่วยนอก หรือแหล่งบริการในชุมชน case manager จะต้องติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้านหรือในชุมชน

5) การวิเคราะห์สภาพของผู้ป่วยที่มีความแตกต่าง (Variance analysis) คือการวิเคราะห์อาการของผู้ป่วยที่มีความแตกต่างไปจากที่กำหนดไว้ในแผนการดูแลผู้ป่วย (care map)

3.3.3 กระบวนการจัดการรายกรณี

กระบวนการของการจัดการรายกรณีประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ดังนี้ (Powell&Tahan,2010,pp.205-240)

1) การคัดเลือกผู้ป่วย (case selection) เป็นขั้นตอนแรกๆ ที่ผู้จัดการผู้ป่วยจะต้องเลือกว่าผู้ป่วยรายใดควรได้รับการดูแลแบบรายกรณี โดยผู้ป่วยที่ได้รับการเลือกจะต้องเป็นผู้ป่วยที่ยินยอม และมีความต้องการที่จะรับการดูแลแบบรายกรณี นอกจากนี้ยังมีข้อบ่งชี้อื่นๆ เช่น ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ที่กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง และผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต เป็นต้น

2) การประเมินสภาพและปัญหา (Assessment /problem identification) เมื่อผู้ป่วยถูกคัดเลือกแล้ว ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Manager) ต้องรวบรวมข้อมูลทุกอย่างของผู้ป่วยที่มีผลกระทบต่อความเจ็บป่วย แหล่งข้อมูลที่ได้มาจากผู้ป่วย ครอบครัว บุคคลใกล้ชิด หรือจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย แล้วนำมาวิเคราะห์ กำหนดปัญหา เพื่อหาทิศทางในการให้บริการ โดย

ทีมสหวิชาชีพจะต้องประเมินความต้องการของผู้ป่วยรายบุคคล ทั้งในเรื่องสุขภาพการเงิน สิทธิต่างๆ การประกันสุขภาพจิตสังคมของผู้ป่วย

3) การประสานงานและพัฒนาแผนการรักษา (*Development and coordination of the care plan*) เมื่อประเมินสภาพต่างๆ แล้ว ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องจะต้องวางแผนร่วมกันที่จะตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และวางแผนการดำเนินงานว่าควรจะทำอะไร อย่างไร ใครเป็นผู้ให้บริการ ใช้ระยะเวลานานเท่าใด รวมถึงกำหนดเป้าหมาย และลำดับความสำคัญของปัญหา หรือความต้องการของผู้ป่วยโดยแผนการรักษาพยาบาลนั้น ๆ ผู้ป่วยและครอบครัวต้องยินยอมและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้วย

4) การดำเนินการตามแผน (*Implementation of the plan*) ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Manager) จะเป็นผู้ประเมิน และประสานงาน ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมตามเวลาที่กำหนดไว้ และปัญหาต่างๆ จะได้รับการแก้ไขตามแผนการดูแลที่วางไว้ การปฏิบัติอาจใช้ care map เป็นแนวทางในการดูแลรักษาพยาบาล

5) การประเมินและติดตามผล (*Evaluation and follow up*) ขั้นตอนนี้นับว่าเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญขั้นตอนหนึ่ง เพราะเป็นขั้นตอนที่ทำให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลซึ่งเป็นการติดตามผลไปจนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้าน

6) การเฝ้ากำกับ ติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (*Continuuous monitoring ,reassessing and reevaluating*) การเฝ้าติดตามอย่างต่อเนื่อง ประเมินสภาพใหม่และประเมินผลใหม่ เพื่อประเมินปัญหาอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้นโดยไม่ได้คาดหมายไว้ หรือเพื่อปิด case เนื่องจากผู้ป่วยไม่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือในรูปแบบของการจัดการรายกรณี (Case management) ต่อไป

7) การปิดการให้บริการ (*Case closure and termination of case management services*) อันเนื่องมาจากสาเหตุต่าง ๆ เช่น ผู้ป่วย ผู้ดูแล ผู้จ่ายเงินค่ารักษา ต้องการยกเลิก มีการเปลี่ยนแปลงในการรักษาที่ต้องทำให้ปิดการดูแล เด็กแรกเกิดมีสุขภาพดีผลการรักษาดีขึ้น หรือการให้ความรู้ และการติดตามดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคสูงสุดแล้ว หรือการดูแลผู้ป่วยด้วยการจัดการรายกรณีถึงเป้าหมายสูงสุดแล้ว ผู้ป่วยเสียชีวิต

ผู้วิจัยได้เลือกใช้แนวคิดการจัดการรายกรณี เป็นระบบการดูแลผู้ป่วยที่สะท้อนให้เห็นความเป็นวิชาชีพ มีจุดมุ่งหมายหลักให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน สามารถดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพได้ครอบคลุม โดยมีการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ มีผู้จัดการ (Case manager) เป็นผู้เชื่อมประสานทีมสหวิชาชีพ เน้นในกลุ่มผู้ป่วยที่พบปัญหาสุขภาพรุนแรงหรือกลุ่มเสี่ยงทั้งด้านอาการ และอาการแสดง

ของโรค ซึ่งไม่สามารถแก้ปัญหาด้วยการปฏิบัติการรักษาพยาบาลตามภารกิจประจำวันทั่วไปได้ ซึ่งรูปแบบการจัดการรายกรณี เป็นอีกรูปแบบหนึ่งที่สามารถนำมาจัดการดูแลในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เพื่อให้อาการของโรคดีขึ้น ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัว เกิดความสามารถในการดูแลตนเองได้ ทุกฝ่ายมีความพึงพอใจในระบบสุขภาพ ผู้ป่วยไม่ต้องเข้ารับการรักษาสถานพยาบาลโดยไม่จำเป็น สามารถเข้าถึงบริการได้ในระยะเวลาที่เหมาะสม และได้รับบริการต่อเนื่องที่มีคุณภาพ ในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการจัดการรายกรณีของ Powell, 2010 มากำหนดเป็นกระบวนการในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโรงพยาบาลชะอำ เนื่องจากแนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่พบในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของโรงพยาบาล

3.3.4 ผลลัพธ์จากการใช้การจัดการรายกรณี

เนื่องจากการจัดการรายกรณี เป็นระบบการดูแลผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับ ผู้ใช้บริการเป็นระบบการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และมุ่งเน้นการดูแลอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุม ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ทั้งกาย จิตและสังคม มุ่งเน้นผลลัพธ์ตามที่คาดหวังภายในเวลาที่กำหนด ภายใต้การร่วมมือของทีมนสุขภาพในการดูแลรักษาสุขภาพ โดยมีการกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วย ร่วมกัน และมีผู้จัดการดูแลผู้ป่วยเป็นผู้ประสานการดูแลตั้งแต่แรกเริ่มผู้รับบริการไว้ในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่าย หรือตั้งแต่ก่อนรับไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย

ผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้ระบบการจัดการรายกรณี ซึ่งบ่งชี้ถึงคุณภาพการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพไว้มาก (Cohen&Cesta,1993;Powell,1996; More& Mandell,1997 อ้างถึงใน พรชนก จารูประกร , 2547;จิราภรณ์ ศรีไชย, 2543) ได้แก่

- 1) เพิ่มคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ต้นจนจบ ลดอัตราการกลับมา รับการรักษาซ้ำ ลดจำนวนวันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล ควบคุมค่าใช้จ่ายในการ รักษาพยาบาลได้
- 2) ลดการดูแลแบบแยกส่วน มีการจัดสรรทรัพยากรได้อย่างเหมาะสม
- 3) ส่งเสริมการทำงานร่วมกันของทีมนสหวิชาชีพ เกิดความพึงพอใจของ ผู้ป่วย ครอบครัว ทีมนสหวิชาชีพมีความพึงพอใจงานสูงตอบสนองความรับผิดชอบโดยเฉพาะ ผู้จัดการรายกรณี
- 4) แสดงถึงความเป็นเอกสิทธิ์ในการปฏิบัติงานของวิชาชีพ เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาพยาบาล ผู้ปฏิบัติมีโอกาสพัฒนาความก้าวหน้าในวิชาชีพ

สรุปได้ว่า การพัฒนารูปแบบจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือกับบุคลากร ในองค์กร ตามแนวคิดการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของโดนาปีเดียน ประกอบด้วย

3 องค์ประกอบ คือ 1) ด้านโครงสร้าง 2) ด้านกระบวนการ 3) ด้านผลลัพธ์ โดยทั้งสามองค์ประกอบมีความเชื่อมโยงสนับสนุนต่อกัน ร่วมกับแนวคิดการจัดการรายกรณี ของ เพาเวลล์ (Powell, 2010) ใช้สำหรับกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันตามแนวคิดของ เพาเวลล์ (Powell, 2010) เป็นกระบวนการ โดยมีเป้าหมายเพื่อการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแบบองค์รวมและต่อเนื่อง

3.3.5 บทบาทของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี

ธาแฮน (Tahan, 2001) ได้วิเคราะห์และจำแนกบทบาทของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ไว้ 5 มิติคือ

1) มิติด้านคลินิก หรือการดูแลผู้ป่วย พยาบาลผู้จัดการรายกรณี มีหน้าที่รับผิดชอบในการประเมินกับปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว ทำการประเมินซ้ำ ต่อเนื่อง ทั้งด้านจิตใจ สังคม ด้านการเงิน การรับรู้และความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย พยาบาลผู้จัดการรายกรณีต้องควบคุมปัญหาของผู้ป่วยได้ทันเวลา ปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย จัดทำคู่มือการปฏิบัติการพยาบาลให้ทันสมัย มีการทบทวนปรับปรุงให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน วางแผนการจำหน่าย เสนอแหล่งบริการสุขภาพให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบ อธิบายวิธีปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่บ้าน สามารถจัดระบบสนับสนุนทางสังคม การเงิน และการประกันสุขภาพให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้

2) มิติด้านการจัดการหรือมิติภาวะผู้นำ บทบาทเกี่ยวกับการจัดการหมายถึงการรับผิดชอบของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี เรื่องการประสานความร่วมมือของทีมสุขภาพในการให้การดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา พยาบาลผู้จัดการรายกรณีต้องมีการประเมินคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามที่กำหนดไว้ และพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ต้องทำหน้าที่เป็นครู เป็นพี่เลี้ยง เป็นที่ปรึกษาแก่สมาชิกทีมสุขภาพ

3) มิติด้านบริหารจัดการด้านการเงิน หรือมิติด้านธุรกิจ พยาบาลผู้จัดการรายกรณี ต้องดำเนินการวางแผนให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลครบถ้วนสมบูรณ์ ต้องควบคุมการใช้ทรัพยากร ค่าใช้จ่ายอย่างเหมาะสม กำหนดระยะเวลาในการรักษาพยาบาล สามารถประเมินและจัดการกับความแปรปรวนได้ พยาบาลผู้จัดการรายกรณี ต้องให้ความสำคัญและเข้าถึงข้อมูลข่าวสารผู้ป่วยที่มีความหลากหลายตลอดเวลา

4) มิติด้านข้อมูลข่าวสาร หรือมิติการติดต่อสื่อสาร การจัดการด้านข้อมูลข่าวสารและการติดต่อสื่อสารเป็นส่วนที่ทำให้หน้าที่ของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีสมบูรณ์ ถ้าไม่มีการติดต่อสื่อสารหรือข้อมูลสะท้อนกลับ บทบาทของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีก็จะไม่สำเร็จ หน้าที่ความรับผิดชอบขึ้นอยู่กับข้อมูล ข่าวสาร เน้นด้านการส่งต่อข่าวสาร การต่อรอง การ

รายงาน การอธิบาย การสอน การโต้แย้ง การประเมินผล การควบคุม การปรึกษาหารือปัญหาของผู้ป่วย และการสะท้อนกลับของข้อมูลข่าวสารอยู่ในกิจกรรมนั้น เพื่อเกิดผลโดยตรงต่อการปรับปรุงกระบวนการดูแลและประสิทธิผลขององค์กร

5) มิติด้านการพัฒนาวิชาชีพ หรือมิติด้านความก้าวหน้า การพัฒนาวิชาชีพเป็นสิ่งจำเป็นของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ฝึกฝนในวิชาชีพของผู้จัดการรายกรณีให้เป็นที่ยอมรับและเชื่อมั่นจากทีมสุขภาพ เป็นผลดีต่อผู้จัดการรายกรณีในสถานะสมาชิกในองค์กร ด้านการพัฒนา มาตรฐานการปฏิบัติดูแลผู้ป่วย การตัดสินใจด้านจริยธรรมวิชาชีพ ถ่ายทอดความสำเร็จและการเปลี่ยนแปลงให้กับผู้ร่วมวิชาชีพ

4. การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วย โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นนั้น มีความเหมาะสมในการนำไปใช้หรือไม่เพียงใด ต้องมีการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ โดยทั่วไปมีอยู่ด้วยกันหลายวิธี เช่น Context Input Process Product CIPP Model (Stufflebeam ,D.,2003) AGREE Instrument (Appraisal of Guidelines Research & Evaluation Instrument) (The Agree Collaboration,2001) สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ ข้อเสนอแนะในการใช้เครื่องมือ AGREE Instrument (Appraisal of Guidelines Research & Evaluation Instrument) (The Agree Collaboration,2001) ของสากล ช่างไม้ (2549 ,น.15-24) เป็นกรอบในการสร้างเครื่องมือที่จัดทำขึ้นเพื่อใช้ประเมินคุณภาพการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ ประกอบด้วย กรอบหรือแนวทางการประเมิน 6 มิติ 23 ข้อ แต่ละข้อมีการให้คะแนน 4 ระดับ โดยคะแนน 4 เป็นคะแนนสูงสุด หมายถึงเห็นด้วยอย่างยิ่งว่ามีการจัดทำหรือปฏิบัติอย่างชัดเจนในข้อคำถามนั้น ๆ ขณะที่คะแนน 1 เป็นคะแนนต่ำสุด หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หรือไม่พบว่ามีการจัดทำในข้อคำถามนั้น ๆ เกณฑ์การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ พิจารณาจากค่าคะแนนการประเมินโดยรวมทุกมิติ มากกว่า 70% และ ผู้ประเมินควรมี 2-4 คน รายการประเมิน แต่ละมิติ(The Agree Collaboration,2001) มีดังนี้

4.1 มิติด้านขอบเขตและเป้าหมาย (Scope and Purpose) ประเมินจากแนวปฏิบัติต้องมีข้อความระบุวัตถุประสงค์ ปัญหาที่สามารถแก้ไขได้ด้วยแนวปฏิบัติ

4.2 มิติด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder Involvement) ประเมินจากแนวปฏิบัติต้องระบุถึงผู้ใช้และกลุ่มเป้าหมายของการใช้แนวปฏิบัติ

4.3 มิติด้วยความเข้มแข็งในการพัฒนาแนวปฏิบัติ (Rigor of Development) ประเมินจากแนวปฏิบัติต้องระบุกระบวนการรวบรวม และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนการสร้างแนวปฏิบัติหรือรูปแบบนั้น

4.4 มิติด้านความชัดเจนและการนำเสนอรูปแบบ (Clarity and Presentation) ประเมินจากแนวปฏิบัติต้องระบุขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจนและง่ายต่อการนำไปใช้

4.5 มิติด้านการนำรูปแบบไปใช้ (Applicability) ประเมินจากแนวปฏิบัติต้องมีการระบุปัญหา อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นจากการนำรูปแบบไปใช้ รวมถึงพฤติกรรมที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการนำรูปแบบไปใช้

4.6 มิติด้านอิสระในการกำหนดรูปแบบ (Editorial Independence) ประเมินจากมีการระบุข้อเสนอแนะและการยอมรับข้อคิดเห็นที่ขัดแย้ง อันอาจเกิดขึ้นระหว่างผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบ

สูตรการคำนวณค่าคะแนนความเชื่อมั่นของแต่ละมิติ คือ

$$\text{ค่าคะแนนความเชื่อมั่นแต่ละมิติ} = \frac{\text{คะแนนที่ได้จริง} - \text{คะแนนรวมต่ำสุดที่เป็นไปได้} \times 100}{\text{คะแนนรวมสูงสุดที่เป็นไปได้} - \text{คะแนนรวมต่ำสุดที่เป็นไปได้}}$$

คะแนนรวมสูงสุดที่เป็นไปได้ = 4 (คะแนน) X จำนวนข้อในแต่ละมิติ X จำนวนผู้ประเมิน

คะแนนรวมต่ำสุดที่เป็นไปได้ = 1 (คะแนน) X จำนวนข้อในแต่ละมิติ X จำนวนผู้ประเมิน

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเรื่องการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ โดยใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี ผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

จิราพร มณีพราย (2558) ได้ศึกษาการพัฒนาเครือข่ายการรักษาพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจเอสทียกสูง (STEMI) จังหวัดกำแพงเพชรเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการประเมินคุณภาพบริการสุขภาพของโดนาปีเดียน ประกอบด้วย การประเมินมิติด้านโครงสร้าง ศึกษาครอบคลุมองค์ความรู้และสมรรถนะของบุคลากร วัสดุอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ แนวทางปฏิบัติและระบบการควบคุมกำกับคุณภาพงาน มิติด้านกระบวนการ ประกอบด้วย การประยุกต์ใช้มาตรฐานการรักษาพยาบาลในการจัดการปัญหาสุขภาพ การสื่อสารประสานงานระหว่างโรงพยาบาลและทีมสุขภาพ และมิติด้านผลลัพธ์ พบว่า อัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือดเพิ่มขึ้น ระยะเวลาที่มีอาการจนได้รับยาละลายลิ่มเลือดลดลง

อัตราตายลดลง และมีข้อเสนอว่าเครือข่ายการรักษาพยาบาลผู้ป่วยSTEMI ควรพัฒนาครอบคลุมด้านบุคลากร วิธีการ งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และการจัดการสารสนเทศ

ดรณศรี สิริยศธำรง (2557) ได้ศึกษาการพัฒนากระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ของเครือข่ายศูนย์โรคหัวใจโรงพยาบาลนครพิงค์ โดยใช้กระบวนการเชิงปฏิบัติการของKemmis & McTaggart และใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีของPowell พบว่า ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI เป็นระบบที่ 1) มีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้ทำหน้าที่บริหารจัดการและประสานการดูแลผู้ป่วยร่วมกับการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพ ครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วย 2) ใช้ระบบช่องทางด่วนในการส่งต่อ 3) ใช้แนวปฏิบัติในการดูแลตั้งแต่จากบ้าน ณะส่งต่อ ณะรักษาในโรงพยาบาล และดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ผลลัพธ์พบว่า อัตราตาย , onset to needle time , door to needle time , อัตราการกลับมารักษาซ้ำ , วันนอนเฉลี่ย ลดลง และอัตราการเปิดของหลอดเลือด อัตราการเข้าถึงบริการในการได้ยาละลายลิ่มเลือดเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ความพึงพอใจของผู้ป่วยและมุมมองของสหสาขาวิชาชีพต่อพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเพิ่มขึ้น

นิตยา อกนิษฐ์ (2556) ได้ศึกษาพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI โดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ศึกษาในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่โรงพยาบาลกระบี่ จำนวน 61 คน และผู้ป่วยSTEMI จำนวน 185 คน ผลการศึกษา1. รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดSTEMI กำหนดการดูแลออกเป็น 2 ระยะ คือระยะการดูแลก่อนถึงโรงพยาบาล และระยะการดูแลในโรงพยาบาล โดย 1) การดูแลก่อนถึงโรงพยาบาลประกอบด้วย การดูแลก่อนผู้ป่วยมารับบริการ ได้แก่การค้นหากลุ่มเสี่ยงเชิงรุก การให้ความรู้ประชาชน และการดูแลก่อนมาถึงโรงพยาบาล ได้แก่ การจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ที่มรถพยาบาลฉุกเฉินสามารถประเมินอาการและให้การดูแลรักษาเบื้องต้นได้ และนำส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลได้อย่างปลอดภัย 2) การดูแลในโรงพยาบาลประกอบด้วย การดูแลในห้องฉุกเฉิน การดูแลระหว่างพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และการติดตามดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย 2. การประเมินผลรูปแบบฯ พบว่าผลลัพธ์ด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ได้ผลลัพธ์ดีขึ้นทุกด้าน รวมทั้งความพึงพอใจของผู้ป่วยและพยาบาลเพิ่มขึ้น

ประไพ บรรณาทอง (2554) ได้ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด เอสทียก (STEMI) งานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลชัยนาท

นเรนทร พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยSTEMI ได้แก่ผู้ปฏิบัติงานความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนัก ขาดเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็น การกำหนดบทบาทหน้าที่ในทีมไม่ชัดเจน ขาดการสื่อสารข้อมูลและสะท้อนผลลัพท์ ซึ่งจะต้องมีการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยSTEMI ซึ่งประกอบด้วย การทำงานแบบมีส่วนร่วม การให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงาน การจัดสรรทรัพยากรให้เพียงพอ การกำหนดบทบาทในทีม การสื่อสารข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ จะสามารถช่วยพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจSTEMI ได้อย่างเหมาะสม และมีประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย

กฤษฎา จวนวันเพ็ญ (2554) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการพยาบาลผู้ป่วยรายกรณีสำหรับการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผลการศึกษา สถาบันมีแนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินได้อย่างปลอดภัย แต่การดำเนินการยังขาดการประสานการส่งต่อระหว่างทีมสหวิชาชีพ รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1) ด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล 2) ด้านผู้ให้บริการหรือทีมสหสาขาวิชาชีพ 3) ด้านผู้รับบริการหรือผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย 4) ด้านชุมชนหรือโรงพยาบาลใกล้เคียง

พรเพ็ญ ทุนแพทย์ (2554) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลสุรินทร์ ด้วยกระบวนการควบคุมคุณภาพ โดยใช้แนวคิด PDCA ส่งผลให้เกิดวงล้อในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยจุดเด่นในการพัฒนาพบว่า ทีมผู้ดูแลได้มีการวิเคราะห์ระบบและทบทวนสถานการณ์การดูแล พัฒนาศักยภาพของทีมผู้ดูแล กำหนดการปฏิบัติการดูแลให้เกิดความต่อเนื่องตั้งแต่แรกเริ่ม การดูแลในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย การติดตามต่อเนื่องในชุมชน และการพัฒนาเครือข่ายการดูแลร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้เกิดการวางแผนการดูแลร่วมกันของทีมผู้ดูแล ปฏิบัติการดูแลตามปัญหาความต้องการของผู้ป่วยได้ครอบคลุม ส่งผลให้มีผลลัพธ์การดูแลรักษาที่ดีขึ้น สามารถลดอัตราการเสียชีวิต และลดระยะเวลา Door to needle Time ได้

สุวนิตย์ โพธิ์จันทร์ (2554) ได้ศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ในโรงพยาบาลขอนแก่น โดยใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี ผลวิจัยการพัฒนาทำให้ได้แนวปฏิบัติของทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ต้องได้รับยาStreptokinase ความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมต่อการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีของทีมสหสาขาวิชาชีพอยู่ในระดับสูง เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ปัจจัยสำเร็จเนื่องจากรูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณี ทำให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีการประสานงานความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

และประสานงานการดูแลช่วยเหลือแก้ไขปัญหาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว มีการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งมีการประเมินและติดตามผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง

วรรณา สัตย์วินิจและอนันท์ ชูวงศ์ (2553) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันด้วยกระบวนการควบคุมคุณภาพ หอผู้ป่วยหญิงโรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรีโดยเน้นการปฏิบัติการพยาบาลที่ครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกถึงจำหน่ายจากโรงพยาบาล พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันด้วยกระบวนการควบคุมคุณภาพ ส่งผลให้เกิดการวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันของทีมผู้ดูแล ปฏิบัติการพยาบาลตามปัญหาและความต้องการผู้ป่วยได้ครอบคลุม ประเมินผลการปฏิบัติ และมีการปรับปรุงพัฒนาการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง พบว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยหลังการจำหน่ายน้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุธิดา ร้วม้น (2553) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ผลการศึกษาได้องค์ประกอบของรูปแบบประกอบด้วย 1) ด้านโครงสร้าง มีการกำหนดนโยบายเป้าหมายและการมอบหมายงานที่ชัดเจน มีมาตรฐานการปฏิบัติ 2) ด้านกระบวนการ ในการนำรูปแบบการจัดการรายกรณีสู่การปฏิบัติและการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง 3) ด้านผลลัพธ์ผู้รับบริการ ได้รับบริการที่มีคุณภาพตอบสนองความต้องการ และมีความพึงพอใจต่อบริการ

จุไรรัตน์ แยมพลอย (2550) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานให้ข้อมูลผู้ป่วยก่อนจำหน่ายหอผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี พบว่ารูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้นดีกว่ารูปแบบเดิม เนื่องจากมีวิธีการพัฒนารูปแบบที่ดี จำแนกเป็น 4 ขั้นตอน คือการวิเคราะห์รูปแบบเดิม การพัฒนารูปแบบใหม่ เบื้องต้น การทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น และการสรุปผลการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นใหม่ ทำให้ได้ระบบงานที่ชัดเจน สามารถปฏิบัติได้จริง มีวิธีการนำรูปแบบไปดำเนินการที่ดี เป็นที่ยอมรับจากผู้ปฏิบัติงานด้วยหลักการบริหารแบบมีส่วนร่วม มีวิธีปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษร ง่ายต่อการปฏิบัติ มีการเตรียมสื่อการสอนเอกสารและสถานที่ที่ดี มีการติดตามประเมินผลที่ดี และนำไปพัฒนารูปแบบขณะดำเนินการเป็นระยะๆ ด้วยความร่วมมือร่วมใจของผู้ปฏิบัติงาน

ราศรี ลินะกุล (2548) ได้ศึกษาถึงการพัฒนาแบบการจัดการรายกรณีทางการพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ข้อมูลหลักที่ได้จากการสัมภาษณ์ สังเกต และการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบ รวมทั้งแบบบันทึกข้อมูลผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยกล้ามเนื้อ

หัวใจตาย เป็นรูปแบบที่อาศัยความร่วมมือระหว่างผู้เกี่ยวข้อง 3 ฝ่ายคือ พยาบาลผู้จัดการการดูแล ทีมผู้ให้บริการ และผู้จ่ายเงินในระบบบริการสุขภาพ โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และใช้แบบแผนการดูแลที่สร้างร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพเป็นเครื่องมือในการวางแผน ปฏิบัติ และ ประเมินผลการดูแล กระบวนการในการพัฒนารูปแบบดังกล่าวประกอบด้วยการศึกษาปัญหา สถานการณ์ร่วมกับการวางแผนแก้ไขปัญหา โดยมีคณะกรรมการรับผิดชอบลงมือปฏิบัติ พร้อม กับสะท้อนคิดปัญหาและแนวทางแก้ไขอย่างเป็นระบบต่อเนื่อง ในรูปแบบดังกล่าวพยาบาล ผู้จัดการมีความสำคัญในการช่วยให้การประสานงานการดูแลเกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมและมี ประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดความพึงพอใจทั้งผู้ป่วยและทีมผู้ให้บริการ รวมทั้งผลลัพธ์ที่ดีของการ บริการ ได้แก่ การลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล อัตราการกลับมารักษาซ้ำ และค่าใช้จ่ายใน โรงพยาบาล ทั้งนี้ปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญ คือนโยบายและความร่วมมือของทีมผู้ให้บริการ ส่วน ปัจจัยที่เป็นอุปสรรค ได้แก่ แรงต้านการเปลี่ยนแปลง และโครงสร้างในระบบบริการสุขภาพ บางส่วนที่ยังไม่เอื้อต่อการดูแลที่มีประสิทธิภาพ มีข้อเสนอว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเป็น ผู้ประสานงานหลักเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับสหวิชาชีพ โดยอาศัยความรู้เชิงประจักษ์ที่ เกี่ยวข้องกับการดูแลเฉพาะทาง และทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างทีมผู้ให้บริการและผู้ป่วย

พรชนก จารุปรากร (2547) ได้ศึกษาผลของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะบำบัดด้วยยาต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยในกลุ่มตัวอย่างพยาบาลผู้ดูแลและผู้ป่วย ผลการวิจัย พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของคะแนนรวมความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังการใช้การจัดการ รายกรณีสูง กว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 กลุ่มตัวอย่างพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการจัดการ ผู้ป่วยรายกรณีในด้านความร่วมมือในการปฏิบัติงาน การประสานงาน การติดต่อสื่อสาร ความ ต่อเนื่องในการดูแล และการจัดสรรทรัพยากร

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการนำผลรูปแบบการจัดการรายกรณี (Case Management) ไปใช้ ในการดูแลผู้ป่วยทั้งทางกายและทางจิต ซึ่งรูปแบบที่นำไปใช้ในการดูแลมีทั้งที่ใน โรงพยาบาลและที่บ้านซึ่งจากการศึกษาพบว่า ช่วยลดอัตราการเสียชีวิต การกลับมารักษาซ้ำ ลดค่าใช้จ่าย มีการทำงานเป็นทีมของสหวิชาชีพมากขึ้น ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดี บุคลากรและ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในรูปแบบนี้ ปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญ คือนโยบายและความร่วมมือของทีม ผู้ให้บริการ ส่วนปัจจัยที่เป็นอุปสรรค ได้แก่ แรงต้านการเปลี่ยนแปลง และโครงสร้างในระบบ บริการสุขภาพบางส่วนที่ยังไม่เอื้อต่อการดูแลที่มีประสิทธิภาพ สำหรับการศึกษาในเรื่องการพัฒนา รูปแบบการจัดการดูแลนั้น วิธีการพัฒนารูปแบบที่ดี คือการวิเคราะห์รูปแบบเดิม การพัฒนา

รูปแบบใหม่ เบื้องต้น การทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น และการสรุปผลการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นใหม่ ทำให้ได้ระบบงานที่ชัดเจน สามารถปฏิบัติได้จริง

สำหรับการศึกษาการพัฒนาแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่พบมีเพียงการศึกษาเดียวของ กฤษดา จนวนันท์ (2554) ได้ศึกษาพัฒนาการจัดการรายกรณีในส่วนของผู้ป่วยที่มาในภาวะฉุกเฉินและจำเป็นต้องเข้ารับการรักษอย่างเร่งด่วนตลอด 24 ชั่วโมง หลังจากพ้นจากระยะวิกฤติแล้วต้องพักรักษาต่อในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน แต่ไม่มีการศึกษาการจัดการดูแลตั้งแต่ระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาลและการดูแลชุมชนครอบครัวและผู้ดูแล ผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบงาน Service Plan สาขาหัวใจและหลอดเลือดของโรงพยาบาลจึงสนใจที่จะศึกษาโดยประยุกต์แนวทางการพัฒนาคุณภาพของโดนาบีเดียล โมเดล (Avedis Donabedian, 2003) มาเป็นกรอบในการสร้างรูปแบบ ร่วมกับแนวทางการจัดการรายกรณีของพาวเวลล์ (Powell, 2010) มาพัฒนาในส่วนกระบวนการดูแลผู้ป่วย ร่วมกับการศึกษาแนวคิดทฤษฎีการวิเคราะห์สถานการณ์ในการจัดการดูแลโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มาพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลชะอำ สามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากระบบการจัดการเดิมก่อนพัฒนา ลดการทำงานแบบแยกส่วน มีการประสานการทำงานระหว่างทีมวิชาชีพภายในและภายนอกโรงพยาบาล มีการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า สร้างความพึงพอใจให้กับผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เป็นประโยชน์ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ต่อไป