

การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 2

The 2nd STOU Graduate Research Conference

การพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียก

งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร

A Development of Patient Care Program for Acute ST elevation Myocardial Infarction in Accidental and Emergency Department at Jainad Narendra Hospital

ประไพ บรรณทอง (Praphai Banathong) * สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล (Somjai Puttapitukpol) **

นิภาพร อรุณวารกรณ์ (Nipaporn Arunwaragorn) ***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียก (Acute ST elevation Myocardial Infarction; STEMI) งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร

กลุ่มเป้าหมายเป็นอายุรแพทย์ 2 คน แพทย์เพิ่มพูนทักษะ 2 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 22 คน พนักงานกู้ชีพ 5 คน และพนักงานเปล 17 คน การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะคือ ระยะแรกเป็นการวิเคราะห์สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วย STEMI ด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและขบวนการกลุ่ม นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เนื้อหา และนำผลสรุปในระยะแรกไปพัฒนาโปรแกรมด้วยการสนทนากลุ่มและการสังเกต ประเมินผลการนำโปรแกรมไปใช้ และวิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้ใช้โปรแกรม ด้วย และสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วย STEMI ได้แก่ ผู้ปฏิบัติขาดความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนัก ขาดเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็น การกำหนดบทบาทหน้าที่ในทีมไม่ชัดเจน ขาดการสื่อสารข้อมูลและสะท้อนผลลัพธ์ โปรแกรมที่พัฒนาเพื่อการดูแลผู้ป่วย STEMI จึงประกอบด้วย การทำงานแบบมีส่วนร่วม การให้ความรู้ผู้ปฏิบัติมี การจัดสรรทรัพยากร การกำหนดบทบาทในทีม การสื่อสารข้อมูล และสะท้อนผลลัพธ์ ส่วน ประเมินผลหลังการใช้โปรแกรมพบว่าอัตราผู้ป่วย STEMI ที่แพทย์ผู้ดูแลได้รับผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจภายใน 10 นาที และ อัตราผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที เมื่อมาถึงโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากร้อยละ 66 เป็นร้อยละ 97.37 ($p=.000$) และจากร้อยละ 13.63 เป็นร้อยละ 33.33 ($p=.001$) ตามลำดับ พยาบาลและบุคลากรในทีมการดูแลมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมโดยระบุว่าทำให้มีความรู้และการปฏิบัติงานได้ดีขึ้น

คำสำคัญ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

** รองศาสตราจารย์ แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

*** นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สาขาอายุรกรรม โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร

Abstract

Purpose of this participatory action research was to develop a patient care program for ST elevation myocardial infarction (STEMI) in Accidental and Emergency Department at Jainad Narendra Hospital.

The targets were Two Medical Physicians, Two General Physicians, twenty-two professional nurses, five emergency medical services and seventeen non-clinical personnel working in accidental and emergency department. This study was divided into three phase. First In-depth interview and a focus group were used to explore the factor and the situation of STEMI management at emergency department. Then patient care program for STEMI was developed and tested. Finally the nurses and other personnel evaluated this program based on their satisfied and results. Data were analyzed by descriptive statistics and content analysis

The findings were as follow. Phase I The factors associate with patient care program STEMI in emergency nursing were: inappropriate knowledge and awareness in caring patients this group, inadequate medical equipment, no one was explicitly assigned in each step, no one collected and analyzed the patient outcome for improvement. Phase II The patient care program STEMI included the following. (1) Provide a workshop for care team, poster presentation for increased knowledge and awareness for personnel and clients, provided appropriate medical equipment, practice guideline for each step and record form for communicated among care team. Phase III evaluation: after program implementation for 6 month, professional nurses and care team rated their satisfaction about the program. The program increased their performance and awareness in screening and caring the patients. After the patient implementation, the percentage of the patients whose their physician receive EKG within 10 minutes, the percentage of the patients who received fibrinolytic drug within 30 minutes significantly increased from 66% to 97.37% ($p=.000$) and 13.63 % to 33.33 % ($p=.001$) respectively. Professional nurses, other personnel and stake holders were satisfied with this program

Keywords: Participatory action research, Patient care program STEMI

บทนำ

โรคหัวใจขาดเลือดยังเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 1 ของโลก และเป็นอันดับ 3 ของประเทศ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, สปสช., 2551) จากการศึกษาโดยโครงการลงทะเบียนผู้ป่วย (Thai Acute Coronary Syndrome Registry: TACSR, 2551) พบว่าผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียก (ST elevation Myocardial Infarction: STEMI) มีอัตราการเกิดร้อยละ 40.9 ของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดทั้งหมด (STEMI, Non-STEMI และ Unstable angina) มีภาวะช็อกร้อยละ 16.3 มีอัตราการตายร้อยละ 17 (สุพจน์ ศรีมหาโชค 2008) การเปิดหลอดเลือดหัวใจได้เร็วมีความสัมพันธ์กับอัตราการรอดชีวิตโดยตรง โดยให้ยาละลายลิ่มเลือดในสถานพยาบาลที่ไม่สามารถเปิดหลอดเลือดโดยวิธีอื่น ซึ่งค่าเป้าหมายของระยะเวลาในการเปิดหลอดเลือด ด้วยยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที (Door to needle times within 30 minutes $\geq$ 50%) นับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนได้รับยาละลายลิ่มเลือด (ชุมพล เปี่ยมสมบูรณ์ 2551; สปสช. 2551)

จากการศึกษาวิจัยพบว่าความล่าช้าในการเปิดหลอดเลือดหัวใจผู้ป่วย เกิดจากการความล่าช้าในการดูแลรักษาในหน่วยฉุกเฉินของโรงพยาบาลถึงร้อยละ 51.7 โดยความล่าช้าที่พบ ได้แก่การประเมินคัดกรอง การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) และการรายงานผลต่อแพทย์ การวินิจฉัยและตัดสินใจดูแลรักษา การติดต่อสื่อสาร เพื่อการบริหารยาละลายลิ่มเลือด (Okhravi, 2002; Quinn and Thompson, 1995) ดังนั้นแพทย์และพยาบาลสามารถกำหนดขั้นตอนและกระบวนการในการรักษาพยาบาลโดยเร่งด่วนเมื่อผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลรักษาสูงสุด (สุพจน์ ศรีมหาโชค 2008)

พยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลมีบทบาทสำคัญมากในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วย STEMI ได้รับการเปิดหลอดเลือดในระยะเวลาที่รวดเร็ว เนื่องจากอยู่ด่านหน้า และเป็นบุคลากรวิชาชีพที่พบผู้ป่วยเป็นคนแรก (Underwood and others, 2009) โดยผู้ป่วยที่มีอาการต้องสงสัยภาวะ STEMI ได้แก่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ร่วมกับมีอาการไม่สบายแน่นอึดอัด หรือเจ็บบริเวณกลางหน้าอก หรือเจ็บร้าวที่แขนข้างใดข้างหนึ่ง หรือ 2 ข้าง เจ็บร้าว ไปหลังหรือคอหรือขากรรไกร หรือจุกแน่นบริเวณกระเพาะอาหารหรือลิ้นปี่ หายใจลำบาก หายใจขัดๆ ตื่นๆ หรือหายใจไม่อิ่ม มีอาการต่อเนื่องนานกว่า 15-20 นาที ไม่ทุเลาเมื่อหยุดพัก หรืออมยาใต้ลิ้น หรือมีอาการเหงื่อออก ตัวเย็น คลื่นไส้ หรือเวียนศีรษะ หน้ามืด หมดสติ พยาบาลต้องพร้อมร่วมกับทีมในการแก้ไขภาวะวิกฤต กรณียังไม่เข้าสู่ภาวะวิกฤต พยาบาลต้องรีบประเมินคัดกรองผู้ป่วย ทำคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) และรายงานผลต่อแพทย์ เป้าหมายของระยะเวลาคือภายใน 10 นาที นับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล จนแพทย์ได้ผลการตรวจ EKG (Door to EKG times within 10 minutes = 100%) ดังนั้นเพื่อความรวดเร็วในการประสานการรักษา โรงพยาบาลต้องจัดให้มีพยาบาลมีความเชี่ยวชาญในคัดกรองผู้ที่ต้องสงสัยว่ามีภาวะ STEMI ให้ได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งจะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันเวลาที่ (คำรัส ศรีสุโกศล 2554) โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร และเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน มีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย STEMI ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 พบผู้ป่วยถูกวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น STEMI ทั้งหมด 65 ราย เสียชีวิต 12 ราย คิด

เป็นร้อยละ 18.5, Door to EKG times within 10 minutes ร้อยละ 66, Door to needle times within 30 minutes ร้อยละ 13.63 แม้ว่าจะมีการพัฒนา แต่ผลลัพธ์ยังไม่ถึงเป้าหมายตามนโยบายที่ สปสช. กำหนด และจากการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยต่างๆ และทบทวนกระบวนการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย STEMI พบว่าสาเหตุสำคัญที่ทำให้การดูแลรักษาล่าช้าส่วนหนึ่งคือการดูแลรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาล ดังนั้นทีมผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาและพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI
2. เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช และได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร จังหวัดชัยนาท ดำเนินการวิจัยระหว่างระหว่าง 1 กรกฎาคม 2553 ถึง 31 มีนาคม 2555 รายละเอียดในการดำเนินการดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วย STEMI โดยรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกต ผู้ร่วมวิจัยหลักที่เป็นผู้ร่วมพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI คือ พยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่มีประสบการณ์ 3 ปีขึ้นไป รวม 6 คน โดยเลือกจากพยาบาลที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้แก่พนักงานเปล 1 คน ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ STEMI 1 คน พยาบาลวิชาชีพงานหอผู้ป่วยหนัก 2 คน แพทย์เพิ่มพูนทักษะ 1 คน แพทย์เฉพาะทางอายุรกรรม 1 คน รวม 6 คน จากนั้น ศึกษาเวชระเบียนผู้ป่วย STEMI ย้อนหลัง 1 ปี ทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และการสังเกตด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาและวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมโครงการด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการเป็นระยะของการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI โดยนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ในระยะแรก มาเป็นแนวทางในการกำหนดประเด็นการดำเนินงานของระยะนี้ซึ่งวิธีดำเนินการวิจัยประกอบด้วยการใช้วิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม สันทนากลุ่ม และการบันทึกภาคสนาม ผู้ร่วมวิจัยเป็นผู้พัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ของตนเอง โดยเลือกจากผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยขั้นตอนของการดำเนินการวิจัยในระยะนี้ประกอบด้วย

- 1) ขั้นตอนการให้ความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วย STEMI กับผู้ร่วมวิจัยได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ 22 คน พนักงานกู้ชีพ 5 คน และพนักงานเปล 17 คน เพื่อให้พยาบาล พนักงานกู้ชีพและพนักงาน

เปเล มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย STEMI โดยจัดประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เรื่อง “การพัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพ งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและ ฉุกเฉินในกระบวนการประเมิน คัดกรอง การอ่านและแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจผู้ป่วย STEMI” วันที่ 25 และ 26 พฤษภาคม 2554 เวลา 13.30-16.30 น. สถานที่ ห้องประชุมไพลิน ชั้น 4 อาคาร 100 ปี สมเด็จพระศรีนครินทร์ โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร จังหวัดชัยนาท นอกจากนี้ยังมีการเสวนาสะท้อนคิดภายหลังการประชุม และใช้ระบบพี่สอนน้องเพื่อสร้างความชำนาญในการพยาบาลผู้ป่วย STEMI การให้ข้อมูลอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการกับผู้ร่วมวิจัย และในวันที่ 31 พฤษภาคม 2554 เวลา 14.00น.-15.00 น. ที่ห้องประชุมวิชาการตึกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้มีการประชุมวิชาการให้ความรู้แก่พนักงานเปเลเรื่องปัจจัยเสี่ยง และอาการของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พร้อมทั้งมีข้อตกลงการใช้รถเข็นนอนส่งเข้าห้องฉุกเฉินแจ้งพยาบาลทราบทันที

2) ขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ดำเนินการโดยผู้วิจัยกำหนดร่างโปรแกรม แล้วนำร่างของโปรแกรมมาจัดสนทนากลุ่ม วันศุกร์ที่ 10 มิถุนายน 2554 และให้ผู้ปฏิบัติแสดงความคิดเห็น และปรับปรุงโปรแกรม ซึ่งประกอบด้วยแนวทางคัดกรอง จำแนกประเภทผู้ป่วย การพัฒนาเครื่องมือสื่อสาร การให้ความรู้กับบุคลากรสาธารณสุขและประชาชนทั่วไป เกี่ยวกับภาวะปัจจัยเสี่ยงและอาการกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การขอความช่วยเหลือฉุกเฉินที่หมายเลขโทรศัพท์ 1669 พร้อมทั้งร่วมกันทบทวนและกำหนดบทบาทหน้าที่พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ร่วมวิจัยได้แก่พยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 22 คน พนักงานกู้ชีพ 5 คน และพนักงานเปเล 17 คนหลังจากนั้นดำเนินการดังนี้คือ

3) ทดลองใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI โดยนำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI มาใช้ ผู้ร่วมวิจัยได้แก่พยาบาลวิชาชีพ 22 คน พนักงานกู้ชีพ 5 คน พนักงานเปเล 17 คน และสนทนากลุ่มผู้ร่วมวิจัย เพื่อปรับปรุงแนวปฏิบัติในโปรแกรมระหว่างการทดลองใช้ 3 ครั้ง ครั้งที่ 1 วันอาทิตย์ที่ 10 กรกฎาคม 2554 ปรับปรุงเรื่องบทบาทหน้าที่พยาบาลวิชาชีพในทีมให้พยาบาลวิชาชีพที่พบผู้ป่วยเป็นคนแรกเป็นผู้คัดกรองผู้ป่วยและทำ EKG ทดลองปฏิบัติและประชุมปรับปรุง ครั้งที่ 2 วันอังคารที่ 9 สิงหาคม 2554 ปรับปรุงคุณภาพเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจเครื่องใหม่ก่อนดำเนินการจัดซื้อ และปรับปรุงกระบวนการปฏิบัติกรณีรับผู้ป่วยจากระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency medical service: EMS) ให้พยาบาลที่ออกให้บริการ EMS คัดกรองและทำ EKG และกรณีรับส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่นให้พยาบาลที่รับผู้ป่วยคัดกรองและทำ EKG นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ส่งโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พิจารณาให้ข้อเสนอแนะ และนำมาสนทนากลุ่มผู้ร่วมวิจัยเป็นครั้งที่ 3 วันอังคารที่ 12 กันยายน 2554 เพื่อปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ และนำโปรแกรมไปปฏิบัติต่อเนื่อง สังเกตการณ์ปฏิบัติงานและสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติไม่มีข้อเสนอแนะเพิ่มจึงเข้าสู่ระยะที่ 3

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล ประกอบด้วย การประเมินผลการใช้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้น และประเมินความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโครงการนี้ โดยใช้วิธีสัมภาษณ์เชิงลึก สังเกตแบบมีส่วนร่วม สนทนาอย่างไม่เป็นทางการ บันทึกภาคสนามและศึกษาเวชระเบียนผู้ป่วย STEMI ผู้ร่วมประเมินผลพยาบาลวิชาชีพ 22 คน พนักงานกู้ชีพ 5 คน พนักงานเปล 17 คน อายุรแพทย์ 1 คน แพทย์เพิ่มพูนทักษะ 1 คน และผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ STEMI 1 คน โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2554 ถึงเดือนมีนาคม 2555

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณได้แก่ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลหลักใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย STEMI ใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และสถิติ Z-test

ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสนทนาอย่างไม่เป็นทางการ และบันทึกภาคสนาม ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา คณะผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมๆ กับการเก็บข้อมูลโดยให้รหัสที่มาของข้อมูล อ่านข้อมูลแล้วให้ดัชนี จากนั้นรวมดัชนีเป็นประเด็นย่อยเมื่อพบประเด็นที่ซ้ำกันบ่อยๆ จึงยกขึ้นมาเป็นประเด็นหลักจากนั้นคณะผู้วิจัยนำประเด็นหลักที่ได้ไปตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) โดยใช้วิธีเปรียบเทียบข้อมูลชุดเดียวกันกับการเก็บข้อมูลหลายวิธีการตรวจสอบ และยืนยันความถูกต้องของข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลในช่วงสุดท้ายของการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม สังเกตร่วมกับการซักถาม และศึกษาข้อมูลเอกสารจากการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ พบปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วย STEMI และได้ข้อมูลสำคัญที่จะใช้ในการพัฒนาโปรแกรม ดังนี้

1) ลักษณะส่วนบุคคล จำแนกตาม ตำแหน่งปัจจุบัน อายุ ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานผู้ป่วย อุบัติเหตุและฉุกเฉิน และการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย STEMI จากสถาบันต่างๆ ของพยาบาลวิชาชีพผู้ให้ข้อมูลการสัมภาษณ์เจาะลึก พบว่าดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษร้อยละ 16.67 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการร้อยละ 83.33 เพศชายร้อยละ 16.67 เพศหญิงร้อยละ 83.33 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 36-40 ปี ร้อยละ 50 อายุเฉลี่ย 39.83 ปี ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานระหว่าง 6-10 ปี ร้อยละ 50 ประสบการณ์ในการทำงานเฉลี่ย 13.67 ปี ทั้งหมดมีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรี ส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันร้อยละ 50 และมีผู้ที่ไม่เคยอบรมความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันร้อยละ 33.33

2) ผลการวิเคราะห์เนื้อหา ทำให้ได้ข้อมูลดังนี้

(1) พยาบาล ขาดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย STEMI ทำให้ทัศนคติ ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติต่างกัน และเสนอแนะกระบวนการสร้างความรู้ความเข้าใจ ทัศนคติ และความตระหนักของผู้ปฏิบัติ โดยพัฒนาศักยภาพคนด้วยการจัดประชุมวิชาการ และสร้างความตระหนักด้วยการทบทวนเหตุการณ์สำคัญ ดังข้อมูลที่ได้จากพยาบาลที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลักพูดว่า

“...ความยุ่งยากในการดูแลผู้ป่วย ST-elevate MI ผมคิดว่าอาจจะเกิดเกี่ยวกับความเข้าใจของผู้ปฏิบัติงานของแต่ละคน บางที่ทัศนคติมุมมองแต่ละคนอาจจะไม่เหมือนกัน...”

(พยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินคนที่ 2)

“...ถ้าเราจะทำให้มีทัศนคติหรือมุมมองหรือความเข้าใจในโรค ST-elevate MI ทำให้ตรงกัน คืออาจมีวิชาการ มีประชุม มีการประมวลความรู้กัน อาจจะทุกเดือน หรือว่าทุกครั้งที่ มี case ST-elevate MI มา...”

(พยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินคนที่ 2)

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

(พยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินคนที่ 2)

(2) สาเหตุคัดกรองล่าช้าเนื่องจากติดภาระงาน แต่พยาบาลผู้ปฏิบัติยอมรับว่ายังมีพยาบาลบางส่วนไม่กระตือรือร้นซึ่งสอดคล้องกับแพทย์ที่หมุนเวียนปฏิบัติงานงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่พบว่ามีความรู้ในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินบางคน ขาดความกระตือรือร้นและเห็นว่าพยาบาลคัดกรองต้องมีความกระตือรือร้น และต้องทำให้พยาบาลประจำการงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินทุกเวรมีความกระตือรือร้นดังตัวอย่างคำพูดของพยาบาลผู้ร่วมวิจัยหลักและแพทย์ปฏิบัติการที่พูดว่า

“...น้องเราบางคนก็จริงๆ เล้ย ไม่ค่อยจะสนใจเท่าที่ควร...”

(พยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินคนที่ 1)

“...การคัดกรองไวก็ตั้งแต่แรกรับจนถึง ตั้งแต่เราเห็นคนไข้เราก็ตื่นอยู่กับพฤติกรรมของพยาบาลคัดกรองว่ามีความกระตือรือร้นขนาดไหน...”

(พยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินคนที่ 2)

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

(แพทย์ปฏิบัติการ)

(3) การทบทวนกระบวนการคัดกรอง พยาบาลวิชาชีพผู้ให้ข้อมูลหลักเห็นว่าผู้ทำหน้าที่คัดกรองสำคัญที่สุด ดังนั้นพยาบาลต้องมีส่วนร่วมในการจัดลำดับความสำคัญของผู้ป่วย โดยใช้การคัด

กรองเบื้องต้นอย่างคร่าวๆ และรวดเร็ว และยอมรับว่าพยาบาลบางส่วน ขาดประสบการณ์ด้านการคัดกรองผู้ป่วย STEMI และเสนอแนะให้มีแบบคัดกรองเพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ โดยทำเครื่องมือการคัดกรอง STEMI ด้วยรูปแบบเช็คลิสต์ ดังตัวอย่างที่พยาบาลผู้ให้ข้อมูลหลักและแพทย์ปฏิบัติการผู้ให้ข้อมูลพูดว่า

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

(พยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินคนที่ 2)

“...การคัดกรองซ้ำน่าจะเป็นคนไข้ค่ะ บางคนมีแค่อาการเวียนศีรษะ ใจสั่น ก็คัดกรองเป็นผู้ป่วย Urgent...”

(แพทย์ปฏิบัติการ)

“...อย่างเช่นมีคนไข้ 1 คน เข้ามารักษาที่อุบัติเหตุฉุกเฉินอันดับหนึ่งก็ต้องเจอพยาบาลคัดกรอง

ถ้าพยาบาลคัดกรองสามารถจำแนก คัดกรองผู้ป่วยได้เร็วมากขึ้น ก็จะทำให้การวินิจฉัยผู้ป่วย ถ้าสงสัยว่าเป็น ST-elevate MI ก็จะทำให้วินิจฉัยได้เร็วมากขึ้น...”

(พยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินคนที่ 2)

“...กระบวนการคัดกรองที่ทำให้ทุกคนได้เข้าใจตรงกันทั้งหมดอาจต้องมีช้อยส์ หรือเช็คลิสต์ถ้าผู้ป่วยมาด้วยอาการดังต่อไปนี้เช่น chest pain หายใจเหนื่อย แน่นหน้าอก เหงื่อออก ตัวเย็น อายุอาจมีเกณฑ์เป็นตัวชี้วัดมากกว่า 40 หรือว่าเคยมีประวัติเป็นโรคหัวใจมาก่อนไหม เจ็บนานเท่าไร ถ้าเข้า criteria อาจต้อง EKG ทุก case นะ จะต้องส่งคนไข้คัดกรองเข้าโซนรักษาการพยาบาล ให้เร็วที่สุด...”

(พยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินคนที่ 2)

“...แต่ว่าเราก็คือ เหมือนว่าเราต้องวิตกกังวลไปก่อน แต่ว่าเราไม่ใช่ กังวลแบบว่าวิตกแบบว่า เราไม่มีเหตุผลเราก็มี อย่างที่บอก เราก็มีเช็คลิสต์มาเป็นตัวจับ ไข...ไขที่ข้อ ไม่ใช่ที่ข้อ แต่มันอาจจะไม่ใช่ มันอาจจะ เอ้อ case นี้ไม่ใช่ M ร้อย เปอร์เซนต์ก็ได้ ก็ไม่ได้ว่าอะไร แต่..เพียงแต่ให้เราวิตก เออ หรือว่าตระหนักไว้...”

(พยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินคนที่ 2)

“...ทำเช็คลิสต์ให้แล้วก็ปลูกฝังทัศนคติ ความกระตือรือร้น มันมีหลายๆอย่าง มีมุมมองทัศนคติและก็ต้องอีกอย่างคือความกระตือรือร้น สอง. พร้อมกับความใส่ใจ ใจรักที่จะแบบเป็นพยาบาล Screen ...”

(พยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินคนที่ 2)

(4)ด้านการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบว่า สาเหตุที่ทำให้การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiogram: EKG) และรายงานผลต่อแพทย์ได้ล่าช้า ส่วนหนึ่งมาจากขาดเครื่องตรวจ EKG ที่ทันสมัย และไม่มีผู้รับผิดชอบการเตรียมเครื่องให้พร้อมในแต่ละเวร ต้องการให้มีเครื่อง EKG เครื่องใหม่ที่ใช้สะดวก รวดเร็วกว่าเดิม หากยังแก้ไขไม่ได้ ต้องดูแลเครื่องเก่าให้มีคุณภาพ มีผู้ดูแลรักษาเครื่อง EKG เก่า และ ส่วนประกอบให้สะอาดและพร้อมใช้อยู่เสมอ และอีกสาเหตุหนึ่งมาจากพยาบาลบางส่วนขาดความรู้เรื่อง การอ่านและแปลผล EKG จึงต้องทำให้พยาบาลงานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินสามารถอ่าน EKG ได้หมดทุกคน โดยมีระบบพี่สอนน้อง เพราะการทำ EKG ผู้ที่อยู่ในเกณฑ์ คือมีอาการ ปวดจี๊ดเสียว จะใช่หรือไม่ใช่ STEMI มี แต่ประโยชน์ ไม่มีโทษหรืออันตราย ดังตัวอย่างที่พยาบาลผู้ร่วมวิจัยหลัก และแพทย์ปฏิบัติการผู้ร่วมวิจัยพูด ว่า

“...ความยุ่งยากในการดูแลผู้ป่วย ST-elevate MI อันดันหนึ่ง ผมคิดว่าเป็นเรื่องเครื่องมือ ครบ หนึ่งก็คือเครื่อง EKG เราอาจจะขาดอุปกรณ์ที่ทันสมัย ทำได้รวดเร็ว...”

(พยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินคนที่ 2)

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

(พยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินคนที่ 3)

“...ก็เป็นเครื่อง EKG ค่ะ เส้นไม่ค่อยเรียบดูลำบาก แล้วต้องตัดแปะ ทำให้ล่าช้า น่าจะเป็น

แบบ A 4

ดูได้ทั้งหมดทีเดียว แล้วเวลาคนไข้คืนหรือขยับตัวก็อ่านไม่ได้ ใช้เวลานาน น่าจะเปลี่ยนได้แล้วค่ะ...”

(แพทย์ปฏิบัติการ)

“...เครื่องเก่าใช้ได้ถ้าจะทำให้ไวขึ้น ก็ดูแลรักษาเครื่องให้พร้อมใช้อยู่เสมอ ทุกเวรก็ดูแล ดู แบตเตอรี่ ดูอุปกรณ์เสริม อุปกรณ์ต่อพ่วง เช่นลูกยาง สายอะไรเงี้ย ให้สะอาด และพร้อมใช้อยู่เสมอ มีผู้ดูแล รักษาเครื่อง...”

(พยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินคนที่ 2)

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

(แพทย์ปฏิบัติการ)

“...ประจำเวรก็คือ ก็จะมีเจ้าหน้าที่ สมมุติ EKG ก็จะมีห้องอยู่ห้องเบอร์ 3 มีห้อง

รักษาพยาบาล

ก็ขึ้นอยู่กับว่าจะใช้เครื่องไหน ส่วนใหญ่ จะห้องรักษาพยาบาลก็ช่วยกันดู อาจจะเป็นเบอร์ 1 เงี้ย...”

(พยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินคนที่ 2)

“...คัดกรองเป็นผู้ป่วย Urgent กว่าจะตัดสินใจทำ EKG ได้ ใช้เวลานาน...ที่พยาบาลต้องทำ EKG ให้หมดเลยคะ...”

(แพทย์ปฏิบัติการ)

“...ก็..ก็จะมีบาง บางคนที่ยังไม่สามารถดูได้ แต่ตัวอย่างที่บอก ถ้าวันนั้นเป็นคนที่ยังไม่สามารถดู EKG ได้ เป็นคนเอ่อ..คัดกรอง หรือว่าเป็นคนทำ EKG ตั้งแต่แรก ก็อันนั้นก็คือ อาจจะเป็น ทำให้ระยะเวลาการดูคนไข้ ช้าลงได้ เราก็พยายามมาปิด เหมือนปิดแผลของส่วนที่จะทำให้มีปัญหาหรืออันตรายกะคนไข้...”

(พยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินคนที่ 2)

“...ทุกคนก็ต้องเหมือนว่ามีความรู้เกี่ยวกับการอ่าน EKG อาจจะไม่ต้องละเอียดมาก แต่ว่ารู้ว่า wave ไหนที่เป็น ST- elevate MI ต้องดูได้ ซึ่งอนาคตน่าจะเป็นร็อยเปอร์เซ็นด์ น่าจะทำให้ทุกคนดู สามารถดู EKG ST- elevate MI ได้...”

(พยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินคนที่ 2)

“...การทำ EKG ก็ยังไม่มี เหมือนกับว่ายังไม่มีความถี่ ก็... ก็ ...ถามว่าใช่หรือไม่ใช่ อะไรเงี้ย บางทีผมก็ไม่ได้คิดว่าไม่ใช่แล้วจะเป็นเรื่องผิดพลาด เพราะว่าที่ผมคิดไว้เนี่ย ใช่เนี่ยเป็นผลประโยชน์กะคนไข้ ถ้าไม่ใช่ก็ถือว่าเป็นผลดีกะคนไข้ไป ที่เขาไม่ได้อยู่ในภาวะอันตราย...”

(พยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินคนที่ 2)

“...ก็ส่วนใหญ่ก็จะเป็นพี่ๆที่ติดครับ พี่ๆที่ไปประชุม ทุกครั้งที่กลับมา จะมาถ่ายทอด ปกติเราก็ออยู่กันเหมือนพี่น้องไม่รู้จะไรก็ถามได้ครับ ก็ไม่มีใครว่าถ้าสงสัย ถ้าถามว่าเรื่อง ST-elevate MI การดู EKG ก็จริงๆสำคัญ ถ้ารู้ว่าเข้าข่าย ST-elevate MI เรายื่นบอกแพทย์ บอกพี่ in charge บอกทีมในตึกครับ...”

(พยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินคนที่ 2)

(5)ขาดความชัดเจนในการกำหนดบทบาทหน้าที่การดูแลผู้ป่วย STEMI ของพยาบาลในแต่ละทีม ต้องการ การวางแผน การจัดทีม การนำทีมและการควบคุมตรวจสอบทีมผู้ปฏิบัติกับผลงาน และต้องการให้มีการปรับปรุงผู้บริหารทีมทั้งตัวบุคคล และระบบงานที่ไม่ใช่การพยาบาล และต้องการให้เชื่อใจ เชื่อมั่น ผู้ปฏิบัติ ดังตัวอย่างที่พยาบาลผู้ร่วมวิจัยหลักพูดว่า

“...เราจะแบ่ง assign กันอยู่แล้วก็คือเบอร์ 3 เป็นคน screening แล้วก็เบอร์ 3 อาจเป็นคนมาช่วยประเมินดูเรื่องการเจ็บหน้าอกแล้วก็จะมึนงง EMT สามารถรับคำสั่งจากพี่พยาบาลปฏิบัติการในตึกได้ อาจจะทำ EKG ...”

(พยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินคนที่ 2)

“...เบอร์เอส (S) น่าจะเป็นคนทำ EKG เพราะเป็นคนรู้อาการคนไข้อยู่แล้ว...”

(พยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินคนที่ 5)

“....ใครที่เป็นคนเห็นคนแรกน่าจะเป็นคนทำ ทำแล้วยื่นให้หมอเลย...”

(พยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินคนที่ 6)

“....บทบาทหน้าที่ของ in charge ก็คือคอยดูเรื่องการ manage ว่า โอเค คุณทำ EKG หรือยัง คุณดู vital signs หรือยัง คุณเอ้อ..มี ต้องใช้ care map ใหม่ EKG เป็นยังงัยบ้างเอ้อ.. สอง อ้อ..ต่อไปเมื่อทำ EKG เสร็จแล้ว เราก็ต้องเอ้อ..พยายามอ้อ..ให้หมอดูก่อน แต่ถ้ากรณีหมอไม่ได้อยู่ที่ ER ในห้อง ER in charge ก็จะมีบทบาทหน้าที่เป็นคน manages เป็นคนรับตามหมอ...”

(พยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินคนที่ 2)

“...ก็.. ถามว่า อยากได้ที่ in charge ใหม่ ก็แล้วแต่ in charge แต่ละคนก็ยังไม่แสดงบทบาทที่ได้เต็มที่...ก็.. สาเหตุหลักๆ ก็มีหลายอย่าง หนึ่งในก็คืออาจจะเป็นที่ตัว in charge เอง สองเกี่ยวกับการะงาน ทำทุกอย่างอะไรเงี้ย การะงานมีหลายอย่าง บางครั้งเป็นส่วนที่ไม่ได้เกี่ยวกะเจ้าหน้าที่ห้องฉุกเฉินเลย มันก็มีหลายอย่าง...”

(พยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินคนที่ 2)

(6) ขาดกระบวนการสื่อสารข้อมูล และการสะท้อนผลลัพท์ระหว่างผู้ปฏิบัติกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลผู้ป่วย STEMI เนื่องจากผู้ปฏิบัติคิดว่ายังขาดความชัดเจนของนโยบายด้านการดูแลผู้ป่วย STEMI ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันทั้งองค์กร ทำให้ทั้งองค์กรตระหนักถึงความสำคัญของผู้ป่วย STEMI ไม่เท่ากัน เจ้าหน้าที่ที่รับผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของผู้ป่วย STEMI น้อยกว่าที่ควรจะเป็น และต้องการความชัดเจนของนโยบาย พร้อมทั้งมีการทบทวนเหตุการณ์ร่วมกันในทีม ต้องการงานภายใต้การอ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ในการแสดงผลของการปฏิบัติในแต่ละช่วงเวลา หากพบข้อผิดพลาดต้องไม่มีการกล่าวโทษในทีม แต่มีการทบทวนเหตุการณ์ โดยอิงมาตรฐาน ดังตัวอย่างคำพูดของพยาบาลผู้ร่วมวิจัยหลักที่พูดว่า

“...ก็ถ้ามองในแง่มุมมองจะให้ผู้บริหารสนับสนุนอะไรบ้าง ทุกวันนี้คือ ผมยังไม่แน่ใจว่า ทุกวันนี้ว่าทางผู้บริหารให้ความสำคัญของผู้ป่วย ST-elevate MI มากพอหรือยัง นโยบาย ก็คือผมไม่แน่ใจว่า ทุกวันนี้ทำเพราะว่าอาจมีคนไปกระตุ้นซักคนนึง แต่ว่าอาจจะไม่ใช่ทั้งกระบวนการก็ได้...”

(พยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินคนที่ 2)

“...ก็ถ้าเป็นพวก ST-elevate MI ก็คือจริงๆเวลาเข้ามาอยู่ใน ER ของเราเนี่ย เจ้าหน้าที่ดูเหมือนกระตือรือร้น ward ความกระตือรือร้นอาจจะน้อยกว่าของเรา ผมก็เลยคิดว่าอยากให้ทุกคนเนี่ยตระหนักถึงอันตรายถึงความสำคัญของ ST-elevate MI กันทุก case ...”

(พยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินคนที่ 2)

“...ทุก case ที่ตามส่ง ปกติถ้ารู้ว่า ST-elevate MI มาเนี่ย หนึ่ง เจ้าหน้าที่ที่อยู่ใกล้ใน floor ที่ ward นั้น ก็ต้องเข้ามาถึงให้เร็วที่สุดเพื่อจะดูว่าตอนนี้คนไข้เป็นยังงัย BP เป็นยังงัย มีการเปลี่ยนแปลงไหม มี

chest pain เพิ่มขึ้นไหม จะต้องให้ยาให้อะไรต่อเนื่องไหม SK ไหม จะต้องให้เมื่อไร และก็มีหมอ ต้อง consult หมอ med ทันทีที่ไปถึง ต้องให้เขามีความตระหนักตรงนี้ครับ...”

(พยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินคนที่ 2)

“...อย่างที่บอกก็คือทุกวันเราต้องเหมือนว่ามีข้อผิดพลาดอะไรเงี้ย เราก็ต้องมาคุยกัน...มันต้องมีเหตุผลที่สามารถตรวจสอบได้ เพราะอะไร...”

(พยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินคนที่ 2)

“...ผิดพลาดไม่เป็นไร ไม่มีการว่ากัน เพียงแต่ว่า เอ้อถ้าสมมุติวันนี้มันผิดพลาด เราก็ต้องดูว่าทำไมวันนี้ ทำไมมัน screen ผิดพลาด ใช่หรือไม่ใช่ เพราะอะไรถึงคิด เอ้อวันนี้มันไม่ใช่แต่ว่าไม่ใช่เนี่ยมันก็ต้องแต่ทออกมา เอา criteria อะไรเป็นตัวจับตอน screen ก็เหมือนว่า เคารพการตัดสินใจของพยาบาลคัดกรองด้วย...”

(พยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินคนที่ 2)

(7) พนักงานเปล และผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ STEMI ขาดความรู้เรื่องภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้การเข้าถึงการบริการภาวะวิกฤตโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ล่าช้าดังตัวอย่างคำพูดของพยาบาลวิชาชีพผู้ให้ข้อมูลหลัก แพทย์ชำนาญการสาขาอายุรกรรม พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก พนักงานเปล และผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ STEMI ที่พูดว่า

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

(พนักงานเปลคนที่ 12)

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

(พนักงานเปลคนที่ 1)

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

(ผู้ป่วยประสบการณ์ STEMI)

“...ผมก็งงๆ ไม่รู้จะทำยังไง พอเขาบอกว่าเป็นโรคหัวใจ มีกล้ามเนื้อหัวใจตาย ต้องให้ยารักษาที่อาจจะมียาออกในสมองได้ ก็...กลัวๆ แต่กลัวตายมากกว่า ก็ยอมให้เขาให้ยาละลายลิ่มเลือด...”

(ผู้ป่วยประสบการณ์ STEMI)

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

(แพทย์ชำนาญการพิเศษสาขาอายุรกรรม)

“...ปัญหาที่ทำให้ล่าช้า ก็อยู่ที่คนไข้กะญาติด้วย ให้ข้อมูลไปแล้วตั้งนานก็ไม่ยอมตัดสินใจ
กว่าจะตัดสินใจ รอถามคนโน้นก่อน คนนั้นก่อน...”

(พยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินคนที่ 1)

“...ปัญหาอยู่ที่คนไข้กะญาติด้วย บางที่มาถึง Ward แล้วก็ลี้ภัย ไม่ให้ยาที่มี...”

(พยาบาลวิชาชีพงานหอผู้ป่วยหนัก)

2. ผลการพัฒนาโปรแกรม สรุปตามวงจรการพัฒนาได้ดังนี้

วงจรที่ 1 การให้ความรู้ ความเข้าใจ เสริมสร้างทัศนคติและความตระหนัก กับพยาบาลงาน
ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย STEMI โดยจัดประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการงานผู้ป่วย
อุบัติเหตุและฉุกเฉิน เรื่อง “การพัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพ งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและ ฉุกเฉินใน
กระบวนการประเมิน คัดกรอง การอ่านและแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจผู้ป่วย STEMI” วันที่ 25 และ 26
พฤษภาคม 2554 เวลา 13.30-16.30 น. สถานที่ ห้องประชุมไพลิน ชั้น 4 อาคาร 100 ปี สมเด็จพระศรี
นครินทร์ โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร จังหวัดชัยนาท นอกจากนี้ยังมีการเสวนาสะท้อนคิดภายหลังจาก
ประชุม และใช้ระบบพี่สอนน้องเพื่อสร้างความชำนาญในการพยาบาลผู้ป่วย STEMI การให้ข้อมูลอย่างเป็น
ทางการและไม่เป็นทางการกับผู้ร่วมวิจัย และในวันที่ 31 พฤษภาคม 2554 เวลา 14.00น.-15.00 น. ที่ห้อง
ประชุมวิชาการตึกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้มีการประชุมวิชาการให้ความรู้แก่พนักงานเปลเรื่องปัจจัยเสี่ยง
และอาการของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พร้อมทั้งมีข้อตกลงการใช้รถเข็นนอนส่งเข้าห้อง
ฉุกเฉิน แจ้งพยาบาลทราบทันที

วงจรที่ 2 การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย STEMI ดังนี้

1) การพัฒนาการดูแล ผู้ป่วย STEMI โดย (1) ประสานผู้บริหารเพื่อดำเนินการขอทรัพยากร
บริการในส่วนที่ผู้ร่วมวิจัยหลักต้องการ การจัดสถานที่ การสร้างแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย STEMI ให้สอดคล้อง
กับแบบแผนช่องทางด่วน และการกำหนดบทบาทหน้าที่ภายในทีมผู้ปฏิบัติ ที่รับผิดชอบโดยพยาบาล
วิชาชีพ (2) การจัดเวลาและจัดสถานที่สำหรับผู้ร่วมวิจัยใช้ดำเนินการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย STEMI
แบบสหวิชาชีพ (3) นำร่างโปรแกรมมาดำเนินการการสนทนากลุ่ม วันศุกร์ที่ 10 มิถุนายน 2554 เพื่อระดม
สมองเพื่อประสานปัญหาและหาข้อสรุปในการการประเมินคัดกรอง การตรวจและรายงานผล EKG การ
ปฏิบัติการรักษาพยาบาลเบื้องต้น การเฝ้าระวังติดตามอาการเปลี่ยนแปลงในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และ
การให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติร่วมกับแพทย์ การประสานงานภายในทีมและระหว่างหน่วยงานการส่งต่อผู้ป่วย
ไปรับยาลดไขมันเลือด การกำหนดบทบาทที่ชัดเจนแก่ผู้ปฏิบัติภายในทีมดูแลรักษาพยาบาล การสร้าง
ระบบสื่อสารข้อมูลและสะท้อนผลลัพท์แก่ทีมผู้ปฏิบัติและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

2) การสร้างเครื่องมือสื่อสารให้ความรู้เกี่ยวกับการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแก่บุคลากรสาธารณสุข และประชาชนทั่วไป เพื่อให้เกิดการรับรู้ต่อภาวะนี้และมารับการดูแลรักษาได้รวดเร็ว

วงจรที่ 3 การพัฒนาการให้บริการผู้ป่วย STEMI อย่างยั่งยืน ใช้วิธีสนทนากลุ่มในการประชุมร่วมกันเดือนละ 1 ครั้ง รวม 3 ครั้ง เพื่อสรุปบทเรียน และพัฒนาปรับปรุงให้สหสาขาวิชาชีพสามารถนำลงสู่การปฏิบัติจริงอย่างมีประสิทธิภาพ จากกระบวนการพัฒนา 3 ระยะดังกล่าวข้างต้นทำให้เกิดวงจรการพัฒนา ดังแสดงในภาพที่ 2.1

3. การประเมินผล ได้ดำเนินการภายหลังการพัฒนาโปรแกรม พร้อมทั้งนำไปทดลองใช้ในหน่วยงาน ประชุมสนทนากลุ่มปรับปรุงการปฏิบัติในโปรแกรมโดยผู้ร่วมวิจัย 2 ครั้ง โดยผู้ร่วมวิจัยและผู้เชี่ยวชาญอีก 1 ครั้ง รวมเป็น 3 ครั้งจนโปรแกรมครั้งที่ ผู้ปฏิบัติไม่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม จึงดำเนินการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจของผู้ที่ใช้โปรแกรม และผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย STEMI ระยะเวลาดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2554 ถึงเดือนมีนาคม 2555 มีข้อค้นพบที่สะท้อนผลลัพธ์ของการพัฒนาดังนี้

1) พยาบาลมีความรู้ในการประเมินคัดกรองผู้ป่วยเพิ่มขึ้น สามารถตรวจ และแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจพร้อมทั้งรายงานแพทย์ได้รวดเร็วขึ้น มีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ให้การดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น ในผู้ป่วย STEMI ที่ไม่มีข้อห้ามในการให้ยาละลายลิ่มเลือดสามารถส่งผู้ป่วยไปรับยาที่หอผู้ป่วย ICU ภายในเวลา 30 นาทีเพิ่มขึ้น ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูลที่พูดว่า

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

(พยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินคนที่ 10)

“...ถ้าเป็นคนไข้ Refer หนูจอง ICU และก็ทำบัตรทำ Admit รอเลยมาถึง ER แป๊บเดียวไม่ถึง 20 นาทีมั้ง ก็ย้ายไป ICU แล้ว...”

(พยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินคนที่ 4)

“...มีคนไข้ ST elevate คนนึงนะ มาราชการที่จังหวัดเราแล้วมีอาการ แล้วก็พามาโรงพยาบาลเร็ว ประมาณชั่วโมงนึงนะ มาถึง ER เราก็ก่อนให้ยาที่เร็ว เขาบอกว่า อาการเจ็บเหมือนจะขาดใจหายไปเลยนะ EKG ก็ลงเหมือนปกติเสีย พอไปสวนหัวใจที่กรุงเทพ หมอที่โน่นบอกดี ไม่ต้องใส่บอลลูนเลย...เนี่ย ชัดเลยนะ ช่วยเร็วเท่าไรก็ดี...”

(แพทย์ชำนาญการพิเศษสาขาอายุรกรรม)

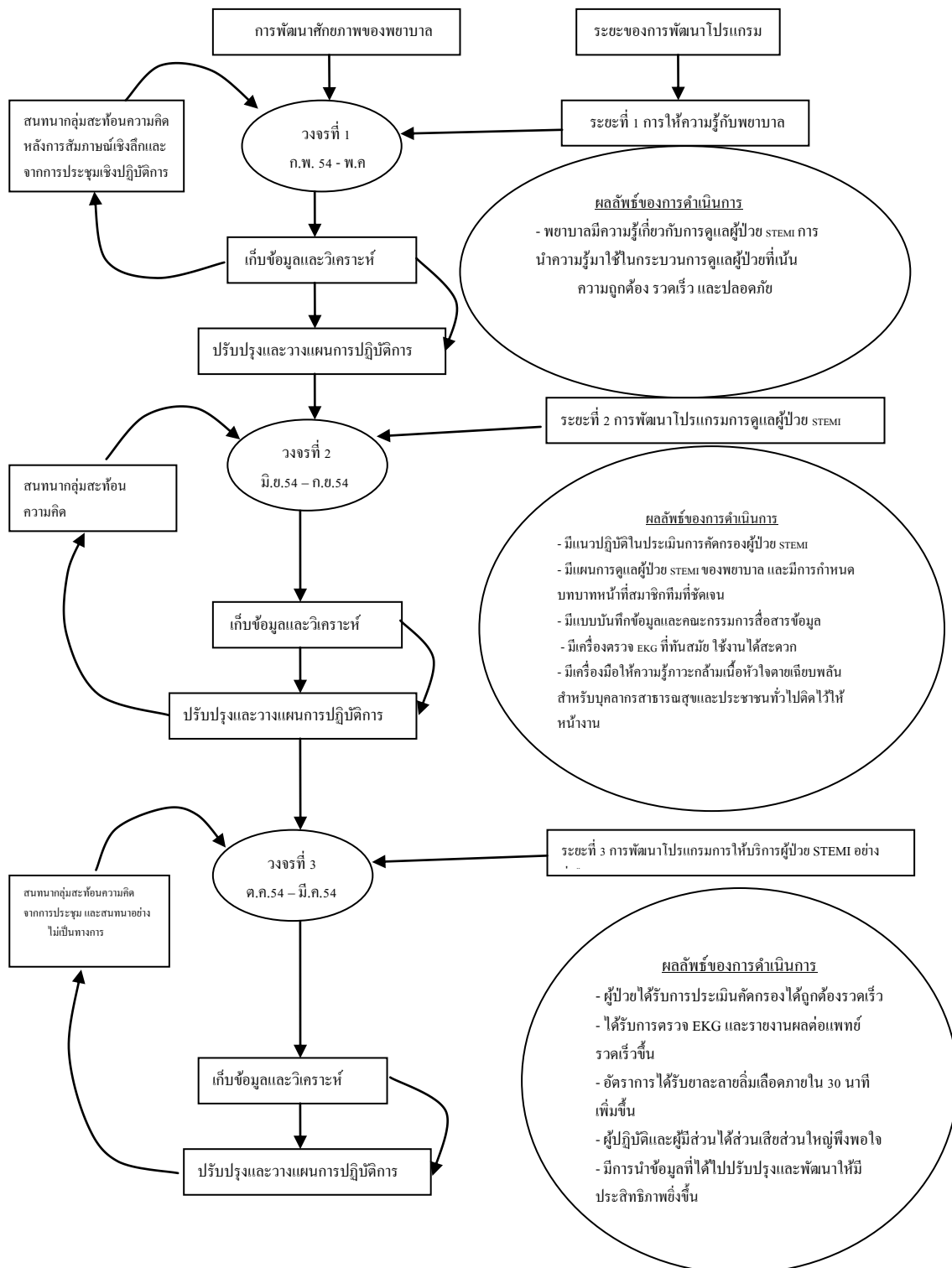
“...ก็เร็วแล้วนะพี่ พี่ๆ และทีมก็เร็วกันทุกคน พอ STEMI มา ก็รีบช่วยกัน และก็ย้ายไป ICU จะมีก็แต่คนไข้ช็อกที่ต้องช่วยก่อน...”

(แพทย์ปฏิบัติการ)

“...ขณะผมเดินอยู่ในอาคารโรงเรียน...อยู่ๆเกิดอาการเหนื่อยแน่นหน้าอก เหมือนอาการจุก แล้วฝ่ามือทั้ง 2 ข้าง เริ่มชา หายใจลำบาก เหนื่อยขึ้น และเจ็บหน้าอกอย่างรุนแรง ก้าวขาไม่ออก อาการช่วยตัวเองไม่ได้ จนถูกนำส่งมาโรงพยาบาล และได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างดีและทันทั่วทั้งที่จากแพทย์พยาบาล คนงานทั้งฉุกเฉิน และ ICU ขอขอบคุณ
มากๆ ครับ...”

(ผู้ป่วยประสบการณ์ STEMI)

การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 2
The 2nd STOU Graduate Research Conference



ภาพที่ 2.1 กระบวนการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI งานพยาบาล

2) ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย STEMI พบว่าอัตราผู้ป่วยที่แพทย์ผู้ดูแลได้รับผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจภายใน 10 นาที และอัตราผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาทีเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อัตราตายผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับจำนวนวันนอนเฉลี่ยก่อนและหลังการใช้โปรแกรมเท่ากับ 5 วัน ดังตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 แสดงผลลัพธ์ทางคลินิกของการดูแลผู้ป่วย STEMI ก่อนและหลังการพัฒนาโปรแกรม

ผลลัพธ์ทางคลินิก	ก่อนการพัฒนาโปรแกรม	หลังพัฒนาโปรแกรม	Z-test	p-value
1. อัตราผู้ป่วยที่แพทย์ผู้ดูแลได้รับผลการตรวจ EKG ภายใน 10 นาที	ร้อยละ 66	ร้อยละ 97.37	6.16	.000
2. อัตราผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที	ร้อยละ 13.63	ร้อยละ 33.33	3.25	.001
3. อัตราตาย	ร้อยละ 18.5	ร้อยละ 28.95	1.67	.095
4. จำนวนวันนอนเฉลี่ย	5 วัน	5 วัน	0	1

จากตารางที่ 3.1 อัตราผู้ป่วย STEMI ที่แพทย์ผู้ดูแลได้รับผล EKG ภายใน 10 นาที เพิ่มขึ้นจากเดิม ร้อยละ 66 เป็นร้อยละ 97.37 ($p=.000$) และอัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13.63 เป็นร้อยละ 33.33 ($p=.001$) อัตราตายเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 18.5 เป็นร้อยละ 28.95 ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.095$) จำนวนวันนอนเฉลี่ยก่อนและหลังการพัฒนาโปรแกรมเท่ากับ 5 วัน

การอภิปรายผล

โปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ที่พัฒนาขึ้นโดยผู้ปฏิบัติประกอบด้วย การให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติการสร้างแนวทางประเมินคัดกรองผู้ป่วย การจัดสรรทรัพยากรบริการที่จำเป็น การกำหนดบทบาทหน้าที่

ภายในทีม และการสร้างเครื่องมือสื่อสารสะท้อนผลลัพท์ การจัดทำโปสเตอร์ให้ความรู้กับบุคลากร สาธารณสุขและประชาชนทั่วไปเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและอาการกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งมีข้อค้นพบจากการพัฒนาและผลการใช้โปรแกรมดังนี้

ข้อค้นพบในระยะวิเคราะห์สถานการณ์สะท้อนให้เห็นว่าต้องพัฒนาและเพิ่มพูนทักษะพยาบาลวิชาชีพในการคัดกรองผู้ที่ต้องสงสัยว่ามีภาวะ STEMI ซึ่งจะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว (ดำรงศรี ตรี โกศล 2554) ซึ่งสอดคล้องกับข้อคิดเห็นของพลสุข หิงคานนท์ (2549) ที่กล่าวว่า ในการให้บริการพยาบาลกับผู้ใช้บริการนั้นผู้ปฏิบัติงานจะต้องมีความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงาน พยาบาลที่มีความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์ที่ต่างกันย่อมให้การพยาบาลที่แตกต่างกัน และยังสอดคล้องกับแนวคิดของคารายอน และเกอร์เซส (Carayon & Gurses, 2005 อ้างถึงใน วิมา จิระแพทย์ 2550) ที่กล่าวว่าสาเหตุหนึ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานคือปัจจัยในคน ได้แก่ ขาดสมรรถนะและประสบการณ์ ซึ่งสมรรถนะตามมุมมองของการบริหารทรัพยากรบุคคลของลูเซียและเลปซิงเกอร์ (Lucia and Lepsinger, 1999 อ้างถึงใน สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ และอภิญญา จำปามูล 2550) หมายถึงกลุ่มของความรู้ ทักษะ ทักษะที่มีผลอย่างมากในการที่จะทำให้นักพลปฏิบัติหน้าที่ได้สำเร็จตามหน้าที่และบทบาทที่ดำรงอยู่ พยาบาลต้องประเมินสภาพผู้ป่วย การกำหนดปัญหา การวางแผนปฏิบัติ และการประเมินผลการพยาบาล (สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล 2549) ซึ่งสมรรถนะนั้นๆสามารถพัฒนาให้ดีขึ้นได้โดยการฝึกอบรม และยังมีความสอดคล้องกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของคานเตอร์ (Kanter, 1993 cited in Laschinger, et. al., 1999 อ้างถึงใน อริย์วรรณ อ่วมตานี 2550) ที่กล่าวถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจ อันมีผลต่อพฤติกรรม และทัศนคติของบุคคลว่า เป็นการให้บุคคลได้รับโอกาสในการเพิ่มพูนทักษะความสามารถการให้โอกาสผู้ปฏิบัติงานในการไปอบรม เพิ่มพูนความรู้ในการประชุมวิชาการ การศึกษาดูงาน

ข้อค้นพบในระยะวิเคราะห์สถานการณ์นี้ยังสะท้อนให้เห็นว่าต้องพัฒนาพยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้มีความเชี่ยวชาญในเรื่องการดูแลผู้ป่วย STEMI สอดคล้องกับข้อคิดเห็นของจริยา ตันติธรรม (2552) ที่กล่าวว่าพยาบาลห้องฉุกเฉินต้องมีสมรรถนะด้านความรู้เกี่ยวกับอาการแสดงของ STEMI มีทักษะด้านการประเมิน คัดกรองทักษะการอ่านแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจร่างกาย การรายงานแพทย์ การประสานงานเพื่อการปรึกษาแพทย์อายุรกรรม ตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับข้อคิดเห็นของจิตติ โฉมิตชัยวัฒน์ (2552) ที่กล่าวว่า โดยบทบาทของพยาบาลคัดกรอง (Triage nurse) ในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ต้องรับซักประวัติและตรวจประเมินผู้ป่วยให้การดูแลผู้ป่วย ทำ EKG แล้วรายงานแพทย์ในเวลาที่รวดเร็วซึ่งถือเป็นกุญแจสำคัญในการวินิจฉัย

นอกจากข้อคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินผู้ร่วมวิจัยในข้อจำกัดด้านศักยภาพบุคลากรและเสนอแนะกระบวนการพัฒนาศักยภาพจะมีความสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีแล้วยังมีความสอดคล้องกับข้อค้นพบจากการศึกษาวิจัยของโอคราวิ (Okhravi, 2002) ที่ทำการศึกษาวิจัยเชิงวิเคราะห์

หาสาเหตุของความล่าช้าในการดูแลรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในโรงพยาบาลฝึกหัดแพทย์ พบว่าความล่าช้าในการดูแลรักษาในโรงพยาบาลได้แก่ความล่าช้าในการดูแลที่ห้องฉุกเฉินถึงร้อยละ 51.7 ซึ่งผลของการวิจัยนี้แนะนำให้พยาบาลควรพัฒนาการศึกษาพยาบาลและพัฒนาบริการ และการจัดการการดูแลต่างๆ ในโรงพยาบาลให้มีความเหมาะสม และยังมีความสอดคล้องกับการศึกษาของเปรมฤดี โคตรสมบัติ และคนอื่น (2554) ศึกษาและพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันแบบไร้รอยต่อในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลอากาศอานวย จังหวัดสกลนคร ที่พบว่า การเพิ่มพูนความรู้และทักษะแก่ผู้ปฏิบัติงาน การทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วย ทำให้ระบบการดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ และยังสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของอันเดอร์วูดและคณะ (Underwood et al., 2009) ที่ทำการศึกษาวิจัยการเปิดหลอดเลือดของผู้ป่วย ศึกษาวิจัยการรับรู้ข้อมูลและการมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวปฏิบัติ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการเปิดหลอดเลือดหัวใจได้เร็วขึ้น แต่ข้อคิดเห็นของผู้ปฏิบัติที่ค้นพบจากการวิจัยในระยะศึกษาสถานการณ์นี้ มีความขัดแย้งกับการศึกษาวิจัยของฮาเวล และคนอื่น (Havel and others, 2010) ที่พัฒนาความรวดเร็วในการดูแลผู้ป่วย STEMI ในแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเวียนนาประเทศออสเตรีย ด้วยการจัดการเปลี่ยนแปลงกลยุทธ์ขององค์กรอย่างง่าย ๆ เพียงกำหนดขั้นตอนการปฏิบัติงานเท่านั้นแต่มีผลต่อความรวดเร็วในการดูแลรักษา ทั้งนี้เนื่องจากประเทศแถบตะวันตกมีวิวัฒนาการความรู้และเทคโนโลยีด้านการดูแลผู้ป่วยมาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน ซึ่งตัวอย่างของวิวัฒนาการดังกล่าวคือรูปแบบการพัฒนาอย่างต่อเนื่องของอัลเบอร์ตา(The Alberta Ministry of Human Resources and Employment, 2006 อ้างถึงในอรรถพรณ โดสิงห์ ดวงกมล วัตราคูล และกรรณิกา ปัญญาอมรวัฒน์ 2551)

ผลการดำเนินงานตามโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้สะท้อนให้เห็นว่าการได้รับการสนับสนุนทั้งด้านพัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติ ทรัพยากรบริการ ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น การได้รับโอกาสพัฒนาการทำงาน ทำให้เกิดคุณภาพและประสิทธิผลขององค์กร (Kanter, 1997 อ้างถึงในอารีย์วรรณ อ่วมธานี 2550) และการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นแบบอย่างวิธีการแก้ปัญหาเชิงวิทยาศาสตร์เพื่อการพัฒนาองค์กร (French & Bell, 1983 อ้างถึงในเสน่ห์ จุ้ยโต 2550) ซึ่งข้อค้นพบจากการวิจัยนี้มีความสอดคล้องกับผลการวิจัยของจรรวมล แพ่งโยธา (2554) ศึกษาและพัฒนาแนวทางปฏิบัติการแบบสหวิชาชีพมีส่วนร่วม ในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ้มเลือดในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช พบว่าการพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว ถูกต้องและปลอดภัย ผู้ปฏิบัติมีความมั่นใจ สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

งานวิจัยนี้ขยายข้อค้นพบองค์ความรู้ให้ชัดเจนว่าอุปสรรคที่ทำให้ผู้ป่วย STEMI มารับการดูแลรักษาล่าช้าคือประชาชนทั่วไปส่วนใหญ่ยังขาดความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและความสำคัญของความรวดเร็วในการดูแลรักษาซึ่งข้อค้นพบนี้ สอดคล้องกับข้อค้นพบจากการวิจัยของคานเยา ฟิตซิมมอน และเดมสเตอร์ (Carneya, Fitzsimonsb และ Dempsterc, 2002) ที่พบว่าผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจ

ตายเฉียบพลันไม่สามารถนำความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคนี้มาสัมพันธ์กับอาการของตนเองที่กำลังดำเนินอยู่ การให้ผู้ป่วยรับรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและควบคุมภาวะสุขภาพได้ เป็นความท้าทายทางการจัดการพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบจากงานวิจัยเชิงสำรวจหาความต้องการการพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพ สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในเขต 3 จังหวัดนครสวรรค์ของชูชัย ศรีธานี (2555) พบว่าผู้ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในเขต 3 มีความต้องการการพัฒนาศักยภาพตนเองด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในระดับมากถึงร้อยละ 83

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ในบริบทการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชยันตนาทนคร จังหวัดชยันตนา การนำไปประยุกต์ใช้อาจมีความแตกต่างและข้อจำกัดด้านปัจจัยพื้นฐาน โครงสร้าง และวัฒนธรรมองค์กร ตลอดจนสภาพปัญหาและความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย แต่อาจสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับสถานพยาบาลที่มีบริบท และสภาพปัญหาใกล้เคียงกันของแต่ละหน่วยงานได้ ดังนี้

1) พยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียก ในงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จากการทบทวนแนวปฏิบัติเพื่อให้เกิดความรวดเร็ว ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยสอดคล้องกับแผนช่องทางด่วนของหน่วยงาน และของประเทศได้

2) ผู้บริหารหน่วยบริการ ทราบข้อมูลอัตราการเสียชีวิต และความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งผลการดูแลรักษา ความสำคัญของระยะเวลาในการดูแลรักษาอย่างเร่งด่วน เพื่อนำไปเป็นแนวทางกำหนดนโยบายการรักษาในโรงพยาบาล และแสวงหาปัจจัยพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ และแสวงหาโรงพยาบาลเครือข่ายใกล้เคียงที่สามารถเปิดหลอดเลือดหัวใจในภาวะฉุกเฉินด้วยวิธีอื่นในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้โดยวางแผนเพื่อให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง เหมาะสม รวดเร็ว และกำหนดนโยบายสร้างเสริมสุขภาพประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบแบบเชิงรุกเพื่อป้องกันการเกิดโรค และลดปัจจัยเสี่ยง

3) บุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และผู้ให้บริการด่านหน้าของโรงพยาบาลซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นผู้ให้การรักษายาบาลเบื้องต้นก่อนส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาที่เหมาะสมต่อไป จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเร็ว ได้รับยาละลายลิ่มเลือดเร็วช่วยลดอัตราการตายได้ ดังนั้นบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพ สามารถนำข้อมูลนี้มาพัฒนาศักยภาพบริการโดยกำหนดขั้นตอนการดูแลรักษา และส่งต่อโดยเร่งด่วนเพื่อประสิทธิภาพในการรักษายาบาลสูงสุด และวางแผนเชิงรุกเพื่อป้องกันการเกิดโรค และลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคในกลุ่มประชากรที่รับผิดชอบ

4) ผู้บริหารหรือผู้ให้บริการวิชาชีพอื่นๆ สามารถนำปัจจัยที่มีผลเกี่ยวข้องกับความต้องการรวดเร็วในการให้บริการที่สอดคล้อง และเหมาะสมกับบริบทของตนเองในด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากร การสรรหาทรัพยากรบริการ การพัฒนาแนวปฏิบัติ การสื่อสารข้อมูล การกำหนดบทบาทและการมอบหมายหน้าที่ผู้ปฏิบัติ การติดตามประเมินผล และการให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อสะท้อนผลลัพธ์ พร้อมทั้งการเสริมสร้างพลังอำนาจและแรงจูงใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน ในกระบวนการพัฒนาระบบการทำงานแบบมีส่วนร่วม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) การวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียก ในงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ในด้านการบริหารยาละลายลิ้มเลือดให้แก่ผู้ป่วย ที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

2) การพัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินในด้านการบริหารยาละลายลิ้มเลือดที่ปลอดภัย การจัดระบบบริหารยาละลายลิ้มเลือดในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

3) การวิจัยเพิ่มเติมเพื่อค้นหาสาเหตุเชิงลึกด้านอัตราเสียชีวิตสูงนั้นมีสาเหตุจากอะไร โดยพิจารณาข้อมูลด้านการให้บริการ เช่นมาตรฐานการรักษายาบาล หรือความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย เป็นต้น

หนังสืออ้างอิง

- จรรวมล แพ่งโยธา (2554) "ผลการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST elevate ที่ได้รับยาละลายลิ้มเลือด" ใน การประชุมวิชาการ Cardiac Network Forum ครั้งที่ 3: Pot Puri เครือข่ายหัวใจสู่ชุมชน วันที่ 26-28 มกราคม 2554 ณ โรงแรมอมรินทร์ลาดูน จังหวัดพิษณุโลก
โรงพยาบาลพุทธชินราช หน้า 123
- จริยา ดันติธรรม (2552) "ผลลัพธ์จากการนำ Guideline Applied in Practice ผ่านระบบทางด่วนพิเศษสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จาการมาธิบัติ" ใน เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเวชศาสตร์ฉุกเฉินครั้งที่ 10 วันที่ 9-13 กุมภาพันธ์ 2552
โรงพยาบาลราชวิถี จัดโดยสมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย 44-47
- จิตติ โหมยิตชัยวัฒน์ (2552) "แนวทางการดูแลผู้ป่วย Acute Coronary Syndrome @ โรงพยาบาลชุมชน" ใน เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ การประชุมฟื้นฟูวิชาการการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดในเลือดเครือข่ายจังหวัดชัยนาท วันที่ 14 กันยายน 2554 ณ ห้องประชุมบุษราคัมชั้น 6
คณะกรรมการพัฒนาคณาภาพบริการผู้ป่วยอายุรกรรม หน้า 7

- ชุมพล เปี่ยมสมบูรณ์ (2551) " Acute ST-Elevation Myocardial Infarction " ใน จันทรภา ศรีสวัสดิ์และคณะ
บรรณาธิการ *อายุรศาสตร์ฉุกเฉิน โครงการตำราวิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า* หน้า 62
กรุงเทพมหานคร นำอักษรการพิมพ์
- ชูชัย ศรีธานี (2554) โครงการศึกษาความต้องการการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรที่ปฏิบัติงานใน หน่วย
บริการปฐมภูมิ เขต 3 จังหวัดนครสวรรค์ (สไลด์) การประชุมวิชาการนำเสนอผลการพัฒนา
R2R เครือข่ายบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 3 20 เมษายน 2555
- คำรัส ตรีสุโกศล (2554) " Acute ST Elevation Myocardial Infarction " ใน ประดิษฐ์ ปัญจิณัน รุ่งโรจน์
กฤตยพงษ์ และเรวัตร พันธุ์กิ่งทองคำ บรรณาธิการ *Cardiac Emergencies ภาวะฉุกเฉินระบบ
หัวใจและหลอดเลือด คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล* หน้า 45 กรุงเทพมหานคร ห้าง
หุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์
- เปรมฤดี โคตรสมบัติ และคนอื่น (2554) "ระบบการดูแลผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันแบบไร้รอยต่อใน
งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลอากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร" ใน *การประชุมวิชาการ
Cardiac Network Forum ครั้งที่ 3: Pot Puri เครือข่ายหัวใจสู่ชุมชน* วันที่ 26-28 มกราคม 2554
ณ โรงแรมอมรินทร์ลาดหญ้า จังหวัดพิษณุโลก..จัดโดยโรงพยาบาลพุทธชินราช หน้า 125
- พลสุข หิงคานนท์ (2549) "การพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาล" ใน *ประมวลสาระชุดวิชาการพัฒนา
ศักยภาพระบบบริการการพยาบาล* หน่วยที่ 9 หน้า 23 นนทบุรี
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช บัณฑิตศึกษา สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- ลักขณา อ่วมพรหม และพัชรา สัทธิง (2549) "การพัฒนาความสามารถเชิงสมรรถนะหลักของพยาบาล
หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาท" *กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลชัยนาท*
- วีณา จิระแพทย์ (2550) "การบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล" ใน *ประมวลสาระชุดวิชาการ
พัฒนาศักยภาพระบบบริการการพยาบาล* หน่วยที่ 11 หน้า 20 นนทบุรี
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช บัณฑิตศึกษา สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- สงศรี กิตติรักษ์ตระกูล (2536) *บทบาทของพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน*
กรุงเทพมหานคร มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ อ้างถึงใน ลักขณา อ่วมพรหม และพัชรา สัทธิง
(2549) "การพัฒนาความสามารถเชิงสมรรถนะหลักของพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและ
ฉุกเฉิน" งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชัยนาท
- สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล (2549) "ทฤษฎีการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการจัดระบบบริการพยาบาล" ใน
ประมวลสาระชุดวิชาการพัฒนาศักยภาพระบบบริการการพยาบาล หน่วยที่ 2 หน้า 1-64 นนทบุรี
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช บัณฑิตศึกษา สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ และ อภิญญา จำปามูล (2550) "สมรรถนะผู้นำทางการพยาบาล" ใน *ประมวลสาร
ชุดวิชาการพัฒนาศักยภาพระบบบริการการพยาบาล* หน่วยที่ 12 หน้า 1-38 นนทบุรี
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช บัณฑิตศึกษา สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- สุพจน์ ศรีมหาโชค (2551) "What Have We Learned from Thai ACS Registry?" ใน *ระพีพล ฤกษ์ธร ณ
อยุธยา บรรณาธิการ CARDIOLOGY 2008* หน้า 83-109 กรุงเทพมหานคร ไซยาฟิล์มจำกัด
- เสน่ห์ จุ้ยโต (2550) "การพัฒนางานการพยาบาล" ใน *ประมวลสารชุดวิชาการพัฒนาศักยภาพระบบ
บริการการพยาบาล* หน่วยที่ 15 หน้า 18-19 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
บัณฑิตศึกษา สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- อรพรรณ โตสิงห์ ดวงกลม วัตราคู และกรรณิกา ปัญญามรวัฒน์ (2551) "สถานการณ์และแนวโน้มการ
พัฒนาสู่ความเป็นเลิศทางการบริการสุขภาพ" ใน *ประมวลสารชุดวิชา ประเด็นและ
แนวโน้มทางการบริหาร* หน่วยที่ 13 หน้า 10-11 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
บัณฑิตศึกษา สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- อารีย์วรรณ อ่วมตานี (2550) "การเสริมสร้างพลังอำนาจในระบบบริการพยาบาล" ใน *ประมวลสารชุด
วิชาการพัฒนาศักยภาพระบบบริการการพยาบาล* หน่วยที่ 114 หน้า 1-28 นนทบุรี
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช บัณฑิตศึกษา สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- Carayon & Gurses. (2005) "A human factors engineering conceptual framework of nursing workload and
patient of nursing workload and patient safety in intensive care units." *Intensive & critical care
nursing* 21(5): 284-301 อ้างถึงใน วิณา จีระแพทย์ (2550) "การบริหารความปลอดภัยในระบบ
บริการพยาบาล" ใน *ประมวลสารชุดวิชาการพัฒนาศักยภาพระบบบริการการพยาบาล* หน่วย
ที่ 11 หน้า 20 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช บัณฑิตศึกษา สาขาวิชาพยาบาล
ศาสตร์
- Carneya. R., Fitzimons. D., Dempster. M (2000) " Why people experiencing acute myocardial Infarction delay
seeking medical assistance ". Retrieved July 25, 2010. From
www.elsevier.com/locate/ejcnurse
- Havel, C et al (2010) " Accelerated management of patients with ST-segment elevation myocardial Infarction
in the ED". Retrieved July 25, 2010. From , <http://www.sciencedirect.com/science>
- Okarvi, M (2000) " Cause for Pre-hospital and In-hospital Delays in Acute Myocardial Infarction at Tehran
Teaching Hospitals ". *Australian Emergency Journal.* 1, 5 (April) : 21-26
Retrieved July 25, 2010. From www.journals.elsevierhealth.com/
- Quinn. T., Thomson R. D. (1995) " Administration of thrombolytic therapy to patients with acute
myocardial infarction ". Retrieved July 25, 2010. From
linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0965230295900063
- Underwood. J. et al. (2008) " The role of The Emergency Nurse in Improving care of The Patient with ST-
elevation Myocardial Infarction: Perspectives of The Nurse