

การพัฒนาการรักษาภาวะโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในภูมิภาคของ
ประเทศไทย

โดย

นางสาววิพรรณ สังคหะพงศ์
ผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

นักศึกษาวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร
หลักสูตร การป้องกันราชอาณาจักร รุ่นที่ ๕๙
ประจำปีการศึกษา พุทธศักราช ๒๕๕๙-๒๕๖๐

บทคัดย่อ

เรื่อง การพัฒนาการรักษาภาวะโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในภูมิภาคของประเทศไทย

ลักษณะวิชา สังคมจิตวิทยา

ผู้วิจัย นางสาววิพรรณ สังคหะพงศ์

หลักสูตร วปอ. รุ่นที่ 59

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพัฒนาขีดความสามารถและขยายบริการการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจในโรงพยาบาลระดับต่างๆ ในภูมิภาคตามเครือข่ายการบริการ และเพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจให้รวดเร็ว ได้มาตรฐานและเป็นธรรม โดยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ การวิจัยเอกสารและการสัมภาษณ์เจาะลึก กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้บริหารด้านสาธารณสุข และผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ จำนวน 6 คน พบว่า การรักษาโรคหัวใจขาดเลือดในภูมิภาคของประเทศไทย มีความพร้อมในด้านนโยบาย ความสนใจของผู้บริหารที่พยายามจัดสรรทรัพยากรด้านกำลังคน ด้านสถานที่และเครื่องมือ ตามแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ แต่สิ่งที่ควรพัฒนาคือ การขาดแคลนบุคลากรผู้เชี่ยวชาญ การพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล การพัฒนาระบบสารสนเทศ เพื่อสามารถขยายบริการให้ผู้ป่วยโรคหัวใจเข้าถึงบริการได้มากขึ้น ตลอดจนส่งเสริมให้ประชาชนได้มีความรู้ในเรื่องโรคหัวใจ

คำนำ

การวิจัย การพัฒนาการรักษาโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในภูมิภาคของประเทศไทย เป็น การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยการสอบถามและสัมภาษณ์บุคลากรสาธารณสุขที่ เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เพื่อให้ทราบถึงสถานการณ์ของโรคหัวใจขาดเลือด เฉียบพลัน และจุดอ่อน จุดแข็งของการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในภูมิภาค อันจะนำไปสู่การ กำหนดแนวทางการพัฒนาที่ตอบสนองความต้องการของผู้ปฏิบัติบนพื้นฐานของความเป็นจริง

ผู้วิจัยหวังว่า ผลจากการวิจัยจะมีส่วนในการกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาด้านการรักษาโรคหัวใจ ขาดเลือดเฉียบพลันในเขตสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานอย่างเท่าเทียมกัน

(นางสาววิพรรณ สังคหะพงศ์)
นักศึกษาวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร
หลักสูตร วปอ. รุ่นที่ ๕๙
ผู้วิจัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	ก
คำนำ	ข
สารบัญ	ค
สารบัญตาราง	ง
สารบัญแผนภาพ	จ
บทที่ ๑ บทนำ	๑
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	๑
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	๗
ขอบเขตของการวิจัย	๗
วิธีดำเนินการวิจัย	๘
ประโยชน์ที่จะได้รับการจากการวิจัย	๘
คำจำกัดความ	๘
บทที่ ๒ ทบทวนวรรณกรรม	
สถานการณ์ป่วยทั้งเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในและต่างประเทศ	๑๐
โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน(Acute coronary syndrome, ACS)	๑๒
อาการและอาการแสดงทางคลินิก	๑๓
การส่งตรวจและการสืบค้นเพิ่มเติม	๑๓
การวินิจฉัยแยกโรค	๑๗
การป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	๑๗
การรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด/ตาย เฉียบพลัน	๑๗
อาการผิดปกติ	๑๗
การให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic Therapy) ในภาวะ STEMI	๑๘
การขยายหลอดเลือดแดงหัวใจผ่านสายสวนในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือตายชนิดที่มี ST elevation	๑๘
ความจำเป็นของระบบการแพทย์สำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	๒๐
การเข้าถึงบริการสาธารณสุข/การเข้าถึงการรักษา	๒๐
ทฤษฎี/แนวคิด การเข้าถึงบริการสุขภาพ	๒๒
ความหมายและแนวคิดของการเข้าถึงบริการสุขภาพ	๒๒
แนวคิดเรื่องการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ	๒๔

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)	๒๗
การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของระบบบริการสุขภาพ	๓๐
บทที่ ๓ วิธีดำเนินการวิจัย	๓๕
วิธีการศึกษา	๓๕
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	๓๕
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	๓๖
การสร้างและหาประสิทธิภาพของเครื่องมือ	๓๖
การเก็บรวบรวมข้อมูล	๓๖
การวิเคราะห์ข้อมูล	๓๗
บทที่ ๔ ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	๓๘
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	๓๘
สรุป	๔๖
บทที่ ๕ สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	๔๘
สรุปผลการวิจัย	๔๘
อภิปรายผล	๔๙
ข้อเสนอแนะ	๕๒
บรรณานุกรม	๕๔
ภาคผนวก	๕๗
ผนวก ก เครื่องมือวิจัย	๕๗
ประวัติย่อผู้วิจัย	๖๒

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
	๑ - ๑ ข้อมูลการลงทะเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันในโครงการ Thai Acute Coronary Syndrome Registry	๓
	๒ - ๑ เป้าหมาย/สถานการณ์ปัจจุบัน/แผนการพัฒนาสาขาโรคหัวใจ	๓๔
	๔ - ๑ แสดงระดับความพร้อมและการพัฒนาบริการการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	๓๘
	๔ - ๒ สรุปประเด็นข้อคำถามที่ ๑	๔๐
	๔ - ๓ สรุปประเด็นข้อคำถามที่ ๒	๔๑
	๔ - ๔ สรุปประเด็นข้อคำถามที่ ๓	๔๒
	๔ - ๕ สรุปประเด็นข้อคำถามที่ ๔	๔๓
	๔ - ๖ สรุปประเด็นข้อคำถามที่ ๕	๔๓
	๔ - ๗ สรุปประเด็นข้อคำถามที่ ๖	๔๔
	๔ - ๘ สรุปประเด็นข้อคำถามที่ ๗	๔๕
	๔ - ๙ สรุปประเด็นข้อคำถามที่ ๘	๔๖

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพที่	หน้า
๑ - ๑ แสดงพื้นที่เขตสุขภาพ 13 เขต	๕
๒ - ๑ อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย STEMI,NSTEMI,UA	๑๓
๒ - ๒ แสดงการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หรือ Electrocardiography (12 - lead ECG) ที่มีการยกระดับของเส้นคลื่นไฟฟ้าหัวใจจากแนวราบ (ST Elevation)	๑๔
๒ - ๓ แสดงระยะเวลาการเปลี่ยนแปลงระดับเอนไซม์ของกล้ามเนื้อหัวใจ	๑๔
๒ - ๔ แผนภูมิการประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS)	๑๕
๒ - ๕ แผนภูมิแสดงขั้นตอนการเปิดหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยกล้ามเนื้อ หัวใจขาดเลือดเฉียบพลันแบบรูปคลื่นไฟฟ้าหัวใจยกสูง (Reperfusion strategies of STEMI)	๑๖
๒ - ๖ ร้อยละของโรงพยาบาลที่ตรวจสอบหัวใจได้ จำแนกตามเขตสุขภาพ (ข้อมูล ณ 2559)	๑๙
๒ - ๗ แสดงผลการดำเนินการของ Service Plan ในการเปิดหลอดเลือดหัวใจ และอัตราการเสียชีวิตของประเทศไทย	๒๑
๒ - ๘ การอธิบายเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 3 ด้าน	๒๕
๒ - ๙ แนวทางการพัฒนา Service Plan ของโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือด เฉียบพลัน	๒๘
๒ - ๑๐ เขตสุขภาพ 13 เขต ของกระทรวงสาธารณสุข	๒๙
๒ - ๑๑ แผนภูมิ ร้อยละของโรงพยาบาลที่หย่าละลายลิ่มเลือดได้	๓๓
๒ - ๑๒ แผนภูมิ ร้อยละของโรงพยาบาลที่ตรวจสอบหัวใจได้	๓๓

บทที่ ๑

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานในการขับเคลื่อนงานสาธารณสุขโดยเฉพาะการจัดบริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชนทั่วประเทศ ตอบสนองตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๘๐ (๒) ได้บัญญัติว่า “จัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ” แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ (พ.ศ.๒๕๕๕ - ๒๕๕๙) มุ่งพัฒนาภายใต้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ที่เสนอจัดบริการที่ครอบคลุม เป็นธรรม เห็นคุณค่าของการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ โดยมียุทธศาสตร์ที่สำคัญคือการเสริมสร้างระบบบริการสุขภาพให้มีมาตรฐานในทุกระดับเพื่อตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพในทุกกลุ่มเป้าหมาย และพัฒนาระบบส่งต่อที่ไร้รอยต่อ กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานในการขับเคลื่อนงานสาธารณสุขโดยเฉพาะการจัดบริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชนทั่วประเทศ ตอบสนองตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ มาตรา ๕๕ ได้บัญญัติว่า “รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง” แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ.๒๕๖๐ - ๒๕๖๔) มุ่งพัฒนายึดหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ที่เสนอจัดบริการที่ครอบคลุม เป็นธรรม ยึดคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนาเพื่อให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี ปรับโครงสร้างประเทศไทยไปสู่ประเทศไทย ๔.๐

นโยบายรัฐบาลด้านสาธารณสุข ข้อที่ ๕ "การยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุข โดยไม่มีความเหลื่อมล้ำของคุณภาพบริการ และ**นโยบายด้านสาธารณสุข** ข้อที่ ๓ คือ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงจัดให้มีการพัฒนาระบบบริการด้วยการดำเนินการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ภายใต้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” ในรูปแบบของการพัฒนาระบบบริการที่เชื่อมโยงตั้งแต่ระบบบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ จนถึงศูนย์เชี่ยวชาญระดับสูงและการพัฒนาระบบส่งต่อภายในเครือข่าย เพื่อให้เกิดการดูแลประชาชนได้เบ็ดเสร็จภายในเครือข่าย สร้างการเข้าถึงบริการของประชาชนได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำ กรอบในการดำเนินการที่สำคัญ คือ การพัฒนาศักยภาพของสถานบริการในแต่ละระดับให้เป็นไปตามขีดความสามารถที่กำหนด การพัฒนาระบบบริการเพื่อรองรับและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศ โดยเฉพาะโรคหัวใจนับว่าเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขที่สำคัญได้เป็น 1 ใน 4 ของระบบบริการสุขภาพที่เริ่มพัฒนามาตั้งแต่ปี 2553

สถานการณ์กลุ่มภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS, Acute Coronary Syndrome หรือ Heart Attack) เป็นโรคที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศไทยและของโลกนั้น เกิดจากการตีบหรืออุดตันเฉียบพลันของหลอดเลือดแดงหัวใจ มีการจำแนกเป็น ๒ ชนิด โดยดูจากผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจแบบ ST Elevation MI (STEMI) ซึ่งหลอดเลือดแดงมีการอุดตัน ๑๐๐ % และแบบ Non-ST Elevation MI (NSTEMI) และอาการเจ็บหน้าอก Unstable Angina ซึ่งหลอดเลือดมีการตีบที่รุนแรง จากข้อมูลสถิติขององค์การอนามัยโลกในปี ๒๕๕๓ พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นจำนวนถึง ๗.๒ ล้านคน หรือคิดเป็น ๑๒.๒ % ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด สำหรับอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง และหลอดเลือดสมอง ในประเทศไทย ประมาณปีละ ๓๗,๐๐๐ ราย เปรียบเทียบกับสหรัฐอเมริกาที่มีผู้ป่วยใหม่ที่เป็น Heart Attack มากกว่า ๑ ล้านคนต่อปี ประมาณได้ว่าคนอเมริกันมีอุบัติการณ์ Heart Attack ทุก ๒๕ วินาที ในระหว่างปี ๒๕๔๘ - ๒๕๕๒ คนไทยป่วยเป็นโรคหัวใจ ต้องนอนโรงพยาบาลวันละ ๑,๑๘๕ ราย โดยเป็นภาวะโรคหัวใจขาดเลือดประมาณ ๔๕๐ รายต่อวัน เสียชีวิตชั่วโมงละ ๒ คน ผู้ป่วยภาวะโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในประเทศไทยจะมีอัตราการตายสูงกว่าที่อื่นประมาณ ๔-๖ เท่า ในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ๕๘,๖๘๑ คน หรือเฉลี่ยชั่วโมงละ ๗ คน จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือด จำนวน ๑๘,๐๗๙ คน เฉลี่ยชั่วโมงละ ๒ คน

ข้อมูลจากการทำโครงการลงทะเบียนผู้ป่วย Thai Acute Coronary Syndrome Registry (TACSR ครั้งที่ ๑) จัดทำโดยสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ซึ่งได้ลงตีพิมพ์ในวารสารจดหมายเหตุทางการแพทย์ แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในปี ๒๕๕๐ โดยมีการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนสิงหาคม ๒๕๔๕ ถึง ๓๑ ตุลาคม ๒๕๔๘ เป็นเวลาประมาณ ๓ ปี จากโรงพยาบาลทั้งหมด ๑๗ แห่งในประเทศไทย จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ๓,๙๗๓ คน จำแนกเป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ST-Segment Elevation Myocardial Infarction (STEMI) ๔๐.๙ % ชนิด Non ST-Segment Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI) ๓๔.๙ % และ Unstable Angina ๒๑.๒ % พบว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย STEMI ในไทยสูงถึง ๑๗ % เทียบกับ ๗ - ๑๐ % ในการลงทะเบียนผู้ป่วยในยุโรปและอเมริกา

ข้อมูลด้านการรักษาผู้ป่วย STEMI ใน Thai Acute Coronary Syndrome Registry (TACSR) ซึ่งได้ลงตีพิมพ์ในวารสารจดหมายเหตุทางการแพทย์ แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในปี ๒๕๕๕ ผู้ป่วยได้ยาละลายลิ่มเลือด ๔๒.๖ % ได้รับการขยายหลอดเลือดในทันที Primary PCI ๒๔.๗ % ถ้าสามารถเปิดหลอดเลือดหัวใจไม่ให้ตายหรือขาดเลือดเป็นบริเวณกว้างทำให้ลดอัตราการเสียชีวิตและผลแทรกซ้อน เช่นหัวใจล้มเหลว หัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดรุนแรง เป็นต้น แต่ผู้ป่วยส่วนหนึ่งประมาณ ๓๐ - ๕๐ % เสียชีวิตก่อนถึงโรงพยาบาล เนื่องจากอาจจะเสียชีวิตที่บ้าน ที่ทำงาน หรือในสถานพยาบาลที่ไม่สามารถทำ Primary PCI ปัจจุบันนี้มีผู้ป่วยสูงอายุและเป็น ACS จำนวนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้อัตราการตายสูง และมีข้อจำกัดในการให้ยาละลายลิ่มเลือด การทำ Primary PCI จึงมีประโยชน์อย่าง มากในผู้ป่วยสูงอายุซึ่งจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

ตารางที่ 1 ข้อมูลการลงทะเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันในโครงการ Thai Acute Coronary Syndrome Registry

ข้อมูล	TACSR ครั้งที่ 1 ^A		TACSR ครั้งที่ 2 ^B	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
STEMI	3,836	40.9	1,102	54.9
NSTEMI	3,548	37.9	664	33.1
Unstable angina	1,989	21.2	241	12.0
ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล	3 ปี		15 เดือน	
จำนวนโรงพยาบาล	17 แห่ง		39 แห่ง	
จำนวนผู้ป่วยที่ศึกษา	9,373 ราย		2,007 ราย	

(ที่มา: A: Demographic, Management Practices and In-Hospital outcomes of Thai Acute Coronary Syndrome Registry (TACSR). J Med assoc Thai 2007; 90(Suppl 1):1-11)

B: Thai Registry in Acute Coronary Syndrome Registry (TRACS) Group: Lower In -Hospital but Still High Mortality at One-Year. J Med assoc Thai 2012;95(4):508-18.)

ในภาวะหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลันชนิด STEMI จะเกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้นเรื่อยๆ ตามระยะเวลาที่ผ่านไป เวลาจึงมีความสำคัญต่อการรักษาโรค STEMI มาก วิธีรักษาที่เป็นมาตรฐานในปัจจุบันคือ การเปิดหลอดเลือดหัวใจ หรือ reperfusion therapy ให้เร็วที่สุดภายใน ๑๒ ชั่วโมง แรกหลังอาการเจ็บอก ในปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันว่าการให้ยาละลายลิ่มเลือด (fibrinolytic or thrombolytic drugs) เป็นอีกทางเลือกหนึ่งนอกจากการทำ primary PCI โดยสามารถลดอัตราการตายของผู้ป่วยทั้งในระยะสั้นและระยะยาวได้

การเลือกวิธี reperfusion therapy ในปัจจุบันการทำ primary PCI เป็นอีกการรักษาหนึ่งในการเปิดหลอดเลือดที่ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพดีกว่าการให้ยาละลายลิ่มเลือด สามารถลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่าแต่ยังมีข้อจำกัดหลายประการโดยเฉพาะความพร้อมของบุคลากรและโรงพยาบาลที่สามารถทำ primary PCI ได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถให้บริการได้ตลอดเวลา ในการศึกษาผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงโรงพยาบาลได้เร็วภายใน ๓ ชั่วโมงแรกหลังเจ็บหน้าอก (early presenters) พบว่าวิธีการรักษาทั้งสองรูปแบบให้ผลการรักษาที่ไม่แตกต่างกัน (มาตรฐานการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ 2554) ดังนั้นในกรณีที่เป็นโรงพยาบาลที่ห่างไกลไม่มีระบบเครือข่ายควรรีบให้ยาผู้ป่วยมากกว่าการเสียเวลาในการติดต่อส่งตัวผู้ป่วย หรือกรณีที่มีการคำนวณเวลาแล้วพบว่าค่า door to needle แตกต่างจากเวลา door to balloon เกินกว่า ๖๐ นาที จะมีผลทำให้ลดประสิทธิภาพของการรักษาด้วยวิธี primary PCI (มาตรฐานการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ 2554)

การพัฒนาช่องทางด่วน (Fast track) สำหรับผู้ป่วยภาวะโรคหัวใจกล้ามเนื้อขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) เป็นมาตรฐานการดูแลรักษาในระดับมาตรฐานสากล การกำหนดให้มีช่องทางด่วนขึ้นในระบบเพื่อให้

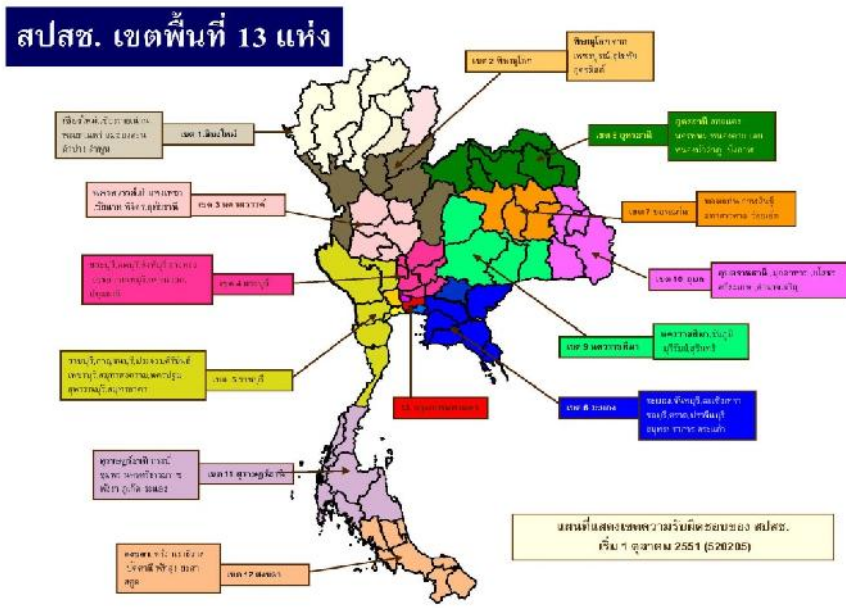
ผู้ป่วย STEMI ได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ รวดเร็ว ทันเวลา ปัจจุบันก็มีการดำเนินงานช่องทางด่วนในเขตบริการสุขภาพ เพื่อพัฒนาขีดความสามารถและขยายการบริการการรักษาผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในโรงพยาบาลระดับต่างๆ รวมทั้งการเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยดังกล่าวได้รวดเร็วอย่างมีมาตรฐานและมีความเป็นธรรม

การป้องกันรักษาโรคหรือภาวะที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจทั้ง ๙ อย่างจากการศึกษา Inter heart study ซึ่งได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การสูบบุหรี่ ความเครียด ไม่ออกกำลังกาย ไม่รับประทานผักผลไม้ โรคอ้วนลงพุง (Metabolic Syndrome) จะสามารถช่วยลดอุบัติการณ์ STEMI นอกจากนี้การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้กับประชาชน ถึงอาการของโรค วิธีปฏิบัติตัว ตลอดจนให้ทราบว่าเมื่อมีอาการจะต้องไปสถานพยาบาลแห่งใด รวมถึงการมีทีมงานซึ่งประกอบด้วย แพทย์ ผู้ช่วย พยาบาลสวนหัวใจ พยาบาลห้องผู้ป่วยหนักหัวใจ และระบบเครือข่ายการส่งตัวผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้ผู้ป่วย STEMI มีอัตราการตายและผลแทรกซ้อนที่ลดลงได้

กระทรวงสาธารณสุขมีภารกิจหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนโดยการจัดระบบสุขภาพที่ครอบคลุม ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ มีการจัดระบบบริการสุขภาพออกเป็นหลายระดับได้แก่ บริการระดับปฐมภูมิ (Primary Care) บริการระดับทุติยภูมิ (Secondary Care) และบริการระดับตติยภูมิ (Tertiary Care) โดยมุ่งหวังให้บริการแต่ละระดับมีบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกันและเชื่อมต่อกันด้วยระบบส่งต่อ (Referral System) เพื่อให้สามารถจัดบริการคุณภาพที่มีคุณภาพ จึงเป็นโอกาสที่จะได้ทบทวนแนวทางการพัฒนาหน่วยบริการให้มีทิศทางที่ชัดเจนและเป็นระบบ

แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน พัฒนาศักยภาพส่งเสริมระบบส่งต่อ เพื่อลดความแออัดและจัดสรรทรัพยากร ด้วยกรอบแนวคิดระบบสุขภาพ (Health System Framework) ที่กำหนดโดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO, 2007) ซึ่งมีองค์ประกอบที่พึงประสงค์หลัก ๖ ส่วน (6 Building Blocks of Health System) ได้แก่ ระบบบริการ กำลังคนด้านสุขภาพ ระบบข้อมูลข่าวสาร เทคโนโลยีทางการแพทย์ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล นำมาซึ่งผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่สำคัญ คือ การเข้าถึงบริการ ความครอบคลุม คุณภาพและความปลอดภัย โดยผลสัมฤทธิ์เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น ระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพเป็นธรรม ปกป้องคุ้มครองความเสี่ยงด้านสังคมและการเงิน อีกทั้งเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชน

โดยมีหลักการของระบบบริการในเขตบริการสุขภาพ คือ ขนาดพื้นที่ที่เหมาะสม ๔-๘ จังหวัด ประชากร ๔-๖ ล้านคน จัดระบบการส่งต่อไร้รอยต่อ เน้นการเพิ่มคุณภาพและเพิ่มประสิทธิภาพ การกระจายอำนาจ และการแยกบทบาทผู้ซื้อบริการ ผู้ให้บริการ และผู้กำกับดูแล โดยมีวิสัยทัศน์ ดังนี้ ประชาชนเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐาน โดยเครือข่ายบริการเชื่อมโยงที่ไร้รอยต่อ สามารถบริการเบ็ดเสร็จภายในเครือข่าย (Health Care Reform และบทบาทของพยาบาลกับ service plan , ดร.ธีรพร สิริอังกูร)



แผนภาพที่ 1 แสดงพื้นที่เขตสุขภาพ 13 เขต

โดยเฉพาะโรคหัวใจเป็นปัญหาลำดับ การจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ ปี ๒๕๕๖-๒๕๖๐ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Acute coronary syndrome) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงที่สุดในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้งหมดและถึงแม้แนวโน้มการเสียชีวิตจะเริ่มลดลงในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ แต่จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุขและ Thai ACS registry โดยนายแพทย์สุพจน์ ศรีมหาโชค และคณะ พบว่าอัตราการเสียชีวิตก็ยังคงสูงทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ทั้งในโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute ST elevation myocardial infarction ; STEMI) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (non-ST elevation acute coronary syndrome; NSTEMACS) ดังนั้นจึงเป็นที่มาของแผนพัฒนาบริการสุขภาพ ๒๕๕๖-๒๕๖๐ (Service plan) ที่มุ่งพัฒนาระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (NSTEMACS) เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของคนไทย โดยมีกิจกรรมและเป้าหมายการดำเนินการในโรงพยาบาลแต่ละระดับดังนี้

๑. พัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้สามารถตรวจคัดกรองผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และผู้ป่วยเจ็บหน้าอกจากภาวะอื่นๆ ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม สามารถให้การวินิจฉัยเบื้องต้นจากอาการและอาการแสดง เพื่อส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง สามารถใช้ยา aspirin ในภาวะที่สงสัยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ และสามารถให้ความรู้ประชาชนในการดูแลตนเอง การป้องกันโรค และการสังเกตอาการในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

๒. พัฒนาโรงพยาบาลชุมชน M2-F2 ให้มีความสามารถเหมือน รพ.สต. และสามารถให้การวินิจฉัยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจากอาการและคลื่นไฟฟ้าหัวใจได้ มีระบบการปรึกษากับโรงพยาบาลแม่ข่ายในรายที่สงสัยหรือการวินิจฉัยซับซ้อน สามารถให้การรักษาเบื้องต้นด้วย dual anti-platelet และ

fibrinolytic therapy ได้อย่างเหมาะสมและมีระบบส่งต่อผู้ป่วย หลังจากการรักษาด้วย fibrinolytic therapy

๓. พัฒนาโรงพยาบาลทั่วไป ระดับ S-M1 ให้สามารถดูแลผู้ป่วยหลังให้ fibrinolytic therapy ได้อย่างเหมาะสม และสามารถประเมินความเสี่ยงหลังการรักษา (risk stratification) ด้วย Echocardiography และ/หรือ Exercise stress test ได้โดยอายุรแพทย์ที่ผ่านการอบรมหรือโดยอายุรแพทย์โรคหัวใจ

๔. พัฒนาโรงพยาบาลศูนย์ ระดับ A ให้สามารถตรวจด้วยการฉีดสีหลอดเลือดหัวใจ (coronary angiogram) และให้การรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลูน (percutaneous coronary intervention; PCI) ได้ สามารถรักษาแบบ primary PCI ได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง และสามารถให้การรักษาด้วยการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (CABG) ในกรณีฉุกเฉินได้

เพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐาน อย่างรวดเร็วและทั่วถึง (Accessibility) การให้บริการด้านโรคหัวใจจะเน้นการดูแลผู้ป่วยในลักษณะของการเป็นเครือข่ายบริการเชื่อมโยงที่ไร้รอยต่อซึ่งมุ่งหวังประโยชน์สูงสุดต่อผู้เข้ารับบริการ การจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ ในด้านการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจึงเป็นสิ่งสำคัญ ที่จำเป็นต้องพัฒนาทีมบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลระดับต่างๆ ให้มีขีดความสามารถและเพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจให้รวดเร็วได้มาตรฐานและเป็นธรรม

เพื่อให้โรงพยาบาลแต่ละระดับสามารถดำเนินการให้เป็นไปตามแนวทางปฏิบัติคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ จึงกำหนดบทบาทหน้าที่ของบุคลากรเครือข่ายดังนี้

๑. คณะกรรมการพัฒนาเครือข่ายบริการโรคหัวใจระดับเขต
๒. คณะกรรมการพัฒนาเครือข่ายบริการโรคหัวใจระดับจังหวัด
๓. บุคลากรในโรงพยาบาลแม่ข่ายและลูกข่าย คือ แพทย์ และพยาบาล

กำหนดแนวทางพัฒนาในรูปแบบเครือข่ายโดยใช้โครงการนำร่อง คือโครงการ “๑๐,๐๐๐ ดวงใจปลอดภัย ด้วยพระบารมี” ในปีงบประมาณ ๒๕๕๖ (ตั้งแต่ ๑ เมษายน ๒๕๕๕ ถึง ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๖) และต่อเนื่องมาเป็นโครงการ “วิกฤตโรคหัวใจ ปลอดภัยทั่วไทย” กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายมอบให้สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ ดำเนินการโครงการต่อเนื่องตั้งแต่ปี ๒๕๕๖ , ปี ๒๕๕๗ จนถึงปัจจุบัน เพื่อพัฒนาศักยภาพความเป็นเลิศ (Excellent) โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ที่ได้รับการกำหนดจากกระทรวงสาธารณสุขให้เป็นแม่ข่ายและเป็นศูนย์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ตามรูปแบบ “เครือข่ายการบริการ” (Service Plan) พัฒนาศักยภาพด้านครุภัณฑ์ทางการแพทย์ บุคลากร ระบบการส่งต่อ การรักษาและการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

๑. เพื่อพัฒนาขีดความสามารถและขยายบริการการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจในโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ตามเครือข่ายการบริการ (Service Plan) โดยเน้นการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์

๒. เพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจ ให้รวดเร็วได้มาตรฐานและเป็นธรรม

ขอบเขตของการวิจัย

๑. ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษาวิจัยเรื่องการรักษากภาวะโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในภูมิภาคของประเทศไทยในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในด้านการขยายบริการการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจของโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ เขตบริการสุขภาพ (Service Plan) โดยเน้นด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ โดยเริ่มศึกษาในช่วงระหว่าง เดือนกุมภาพันธ์ – เดือนพฤษภาคม ๒๕๖๐

๒. ขอบเขตด้านประชากร

เก็บข้อมูลจากกลุ่มประชากรตามพื้นที่จังหวัดของระบบบริการในเขตสุขภาพที่แบ่งตามบทบาทหน้าที่ของเขตบริการสุขภาพในคณะกรรมการพัฒนาเครือข่ายบริการแต่ละกลุ่ม ซึ่งประกอบด้วย

๒.๑ ผู้บริหารระดับสูงด้านสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

๒.๑.๑ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๒.๒ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่รับผิดชอบเขตสุขภาพ

๒.๓ ผู้อำนวยการเขตสุขภาพ กรมการแพทย์

๒.๔ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ

๒.๕ พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้จะเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้

๑. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัย คือ คณะกรรมการพัฒนาเครือข่ายบริการโรคหัวใจระดับเขต ระดับจังหวัด บุคลากรในโรงพยาบาลแม่ข่ายและลูกข่าย ด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sample)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยจะทำการสุ่มแบบเจาะจงจากกลุ่มประชากรผู้ที่มีบทบาทหน้าที่ในเครือข่ายการบริการระดับต่างๆ

๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ตามแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ และระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (NSTEMI/ACS)

๓. การเก็บรวบรวมข้อมูล

นักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยจะเก็บรวบรวมข้อมูล และรับกลับคืนด้วยตนเอง

๔. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยจะวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามและถอดจากบทสัมภาษณ์ โดยวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาค่าสถิติต่างๆ เช่น ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เป็นต้น และการสังเคราะห์ข้อมูลจาก

แบบสัมภาษณ์ด้วยการพรรณนาเชิงบรรยายเพื่อสรุปผลการเก็บข้อมูล

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

๑. เพื่อให้ได้วิธีการรักษาที่เหมาะสมตามสถานการณ์ และตามบริการของการจัดบริการด้านโรคหัวใจในเขตสุขภาพ และได้มาตรฐานที่เหมาะสมกับเขตสุขภาพนั้นๆ
๒. เพื่อให้เกิดแนวทางการบริการรักษาครอบคลุมทั่วประเทศ
๓. เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของคนไทยจากภาวะโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

คำจำกัดความ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หมายถึง	กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เกิดจากการตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดหัวใจในเวลาอันสั้น ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยจึงมีอาการเจ็บหน้าอกรุนแรง
โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หมายถึง	โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเกิดจากภาวะที่เกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ซึ่งไม่มีใครสามารถบอกได้ว่าจะเกิดขึ้นเมื่อไร ในบางรายอาจมีสุขภาพปกติ แข็งแรง แต่อยู่ๆ ก็มีอาการผิดปกติ เช่น แน่นหน้าอก อึดอัด เหนื่อยเกิดขึ้น
แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ หมายถึง	“แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ”(Service Plan) รูปแบบการบริหารจัดการในส่วนภูมิภาค โดยแบ่งพื้นที่เป็นเขตบริการสุขภาพ (Regional Service Provider) จำนวน ๑๒ เขต (และ ๑ เขต กทม.) ประกอบด้วย ๔ – ๘ จังหวัด ครอบคลุมประชากรประมาณ ๔ -๖ ล้านคน

บทที่ ๒

ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาค้นคว้านี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การพัฒนาขีดความสามารถและขยายบริการการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจในโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ตามเครือข่ายการบริการ (Service Plan) โดยเน้นการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ และศึกษาโอกาสในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจ ให้รวดเร็วได้มาตรฐานและเป็นธรรม โดยได้ศึกษางานวิจัย ทฤษฎี บทความวิชาการ และเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. สถานการณ์ผู้ป่วยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทั้งในและต่างประเทศ
2. โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
 - 2.1 การเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
 - 2.2 อาการและอาการแสดงทางคลินิก
 - 2.3 การส่งตรวจ และการสืบค้นเพิ่มเติม
 - 2.๔ การวินิจฉัยแยกโรค
 - 2.๕ การป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
3. การรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด/ตาย เฉียบพลัน
 - ๓.๑ อาการผิดปกติ
 - 3.๒ การให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic Therapy) ในภาวะ STEMI
 - 3.๓ การขยายหลอดเลือดแดงหัวใจผ่านสายสวนในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือตายชนิดที่มี ST elevation
4. ความจำเป็นของระบบการแพทย์สำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
 - 4.1 การเข้าถึงบริการสาธารณสุข/การเข้าถึงการรักษา reperfusion และผลลัพธ์การรักษา
5. ทฤษฎี/แนวคิด การเข้าถึงการบริการสุขภาพ
6. แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

๑. สถานการณ์ผู้ป่วยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทั้งในและต่างประเทศ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction ชื่อย่อ AMI หรือ Acute coronary syndrome ชื่อย่อ ACS) หรือ “Heart Attack” เป็นโรคที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศไทยและของโลก จากข้อมูลสถิติขององค์การอนามัยโรคในปี พ.ศ. 2553

พบว่า มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นจำนวนถึง 7.2 ล้านคนหรือคิดเป็น 12.2 % ของสาเหตุการตายทั้งหมด สำหรับอัตราการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูงและหลอดเลือดสมองในไทยประมาณปีละ 37,000 ราย เปรียบเทียบในสหรัฐอเมริกาซึ่งมีผู้ป่วยใหม่ที่เป็น Acute MI มากกว่า 1 ล้านคนต่อปี ประมาณว่า คนอเมริกามีอุบัติการณ์ Acute MI ทุก 25 วินาที ในระหว่างปี พ.ศ. 2548-2552 คนไทยป่วยเป็นโรคหัวใจต้องนอนโรงพยาบาลวันละ 1,185 รายต่อวัน โดยเป็นกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดประมาณ 470 รายต่อวัน เสียชีวิตชั่วโมงละ 2 คน (มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน, เกรียงไกร เสงรัมย์)

จากรายงานสถิติสาธารณสุข ปี 2557 สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขพบว่า โรคหัวใจเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตเป็นอันดับที่ ๕ ของประชากรไทย ซึ่งแม้ว่าลำดับจะลดลงแต่อัตราเสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยในปี ๒๕๕๖ มีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือด จำนวน ๑๗,๓๘๘ คน เฉลี่ยเสียชีวิตวันละ ๔๘ คน หรือชั่วโมงละ ๒ คน

ในกลุ่มโรคหัวใจที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญนั้น โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและโรคคลื่นหัวใจนับเป็นสาเหตุที่สำคัญ ซึ่งการรักษาที่สำคัญ การให้ยาละลายลิ่มเลือดและการขยายหลอดเลือดหัวใจ ปัจจุบันมีหน่วยบริการที่สามารถให้ยาละลายได้ร้อยละ ๗๕ และหน่วยบริการระดับโรงพยาบาลศูนย์ (A) ที่สามารถให้บริการผ่าตัดโรคหัวใจและขยายหลอดเลือดหัวใจ เพียงร้อยละ ๖๐.๖ เท่านั้น ยังไม่ครอบคลุมประชากรได้ทุกเขตสุขภาพ ถึงแม้จะมีการพัฒนาระบบส่งต่อแบบช่องทางด่วน (Fast Track) ในการให้บริการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในหลายเขตสุขภาพแล้วก็ตามแต่ก็ยังคงมีความขาดแคลนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและทีมงาน จำเป็นต้องมีการเพิ่มศักยภาพในการให้บริการและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพของประเทศในสาขาโรคหัวใจ เพื่อสามารถให้บริการประชาชนได้ครอบคลุมทุกพื้นที่

โรคหัวใจเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของคนไทยในสามลำดับแรก และมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ อันเนื่องมาจากความชุกของประชากรที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจเพิ่มขึ้นและจากการที่มีการพัฒนาคุณภาพในการดูแลรักษาเป็นผลทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวขึ้น จึงมีโอกาที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากผู้ป่วยขาดการควบคุมโรคและมีพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ (แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาหัวใจ, 2556)

๒. โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

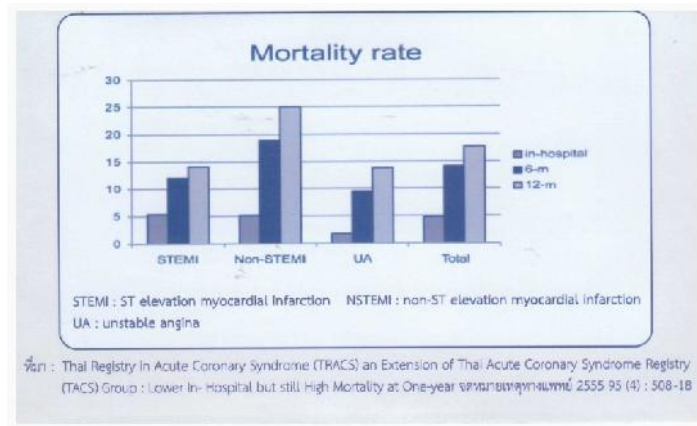
๒.๑ ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome, ACS) หมายถึง กลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดที่เกิดขึ้นเฉียบพลัน ประกอบด้วยอาการที่สำคัญคือ เจ็บแน่นอกรุนแรงเฉียบพลัน หรือเจ็บขณะพัก (Rest angina) นานกว่า ๒๐ นาที หรือ เจ็บแน่นอกซึ่งเกิดขึ้นใหม่ หรือรุนแรงขึ้นกว่าเดิม จำแนกเป็น ๒ ชนิดดังนี้

๒.๑.๑. ST elevation acute coronary syndrome หมายถึง ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่พบความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจมีลักษณะ ST segment ยกขึ้นอย่างน้อย 2 leads ที่ต่อเนื่องกัน หรือเกิด LBBB ขึ้นมาใหม่ ซึ่งเกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน หากผู้ป่วยไม่ได้รับการเปิดเส้นเลือดที่อุดตันในเวลาอันรวดเร็ว จะทำให้เกิด Acute ST elevation myocardial infarction (STEMI or Acute transmural MI or Q-wave MI)

๒.๑.๒. Non ST elevation acute coronary syndrome หมายถึง ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิดที่ไม่พบ ST segment elevation มักพบลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็น ST segment depression และ/หรือ T wave inversion ร่วมด้วยหากมีอาการนานกว่า 30 นาที อาจเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด non-ST elevation MI (NSTEMI, or Non-Q wave MI) หรือถ้าอาการไม่รุนแรงอาจเกิดเพียงภาวะเจ็บเค้นอกไม่คงที่ (Unstable angina)

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome) การเกิดภาวะการตีบหรืออุดตันเฉียบพลันของหลอดเลือดแดงหัวใจ มีการจำแนกเป็น 2 ชนิด โดยดูจากผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หรือ EKG (Electrocardiography) เป็นแบบ ST elevation MI (STEMI) ซึ่งหลอดเลือดมีการอุดตัน 100 % และแบบ Non-ST elevation MI (NSTEMI และ Unstable angina) ซึ่งหลอดเลือดมีการตีบที่รุนแรง จากการทำโครงการลงทะเบียนผู้ป่วย Thai Acute Coronary Syndrome Registry (TACSR ครั้งที่ 1) จัดทำโดยสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ซึ่งได้ลงตีพิมพ์ในวารสารจดหมายเหตุการแพทย์ แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยฯ ในปี พ.ศ. 2550 โดยมีการเก็บข้อมูลผู้ป่วยตั้งแต่ เดือนสิงหาคม พ.ศ.2545 ถึง 31 ตุลาคม 2548 เป็นเวลาประมาณ 3 ปี จากโรงพยาบาลทั้งหมด 3,973 คน จำแนกเป็นผู้ป่วย STEMI 40.9 % และ NSTEMI 34.9 % และ Unstable Angina 21.2 % พบว่าอัตราการตายของผู้ป่วย STEMI ในไทยสูงถึง 17 % เทียบกับ 7-10 % จากการลงทะเบียนผู้ป่วยในยุโรปและอเมริกา

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Acute coronary syndrome) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงที่สุดในกลุ่มของโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้งหมดและถึงแม้แนวโน้มการเสียชีวิตสูงที่สุดในกลุ่มของโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้งหมดและถึงแม้แนวโน้มการเสียชีวิตจะเริ่มลดลงในปี พ.ศ. 2552 แต่จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุขและ Thai ACS registry โดยนายแพทย์สุพจน์ ศรีมหาโชตะและคณะ พบว่าอัตราการเสียชีวิตก็ยังคงสูงทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ทั้งในโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (NSTEMI/UA)



แผนภาพที่ 2 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย STEMI,NSTEMI,UA

ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (NSTEMI/UA) จึงควรได้รับการพัฒนาเพื่อคุณภาพ

๒.2 อาการและอาการแสดงทางคลินิก

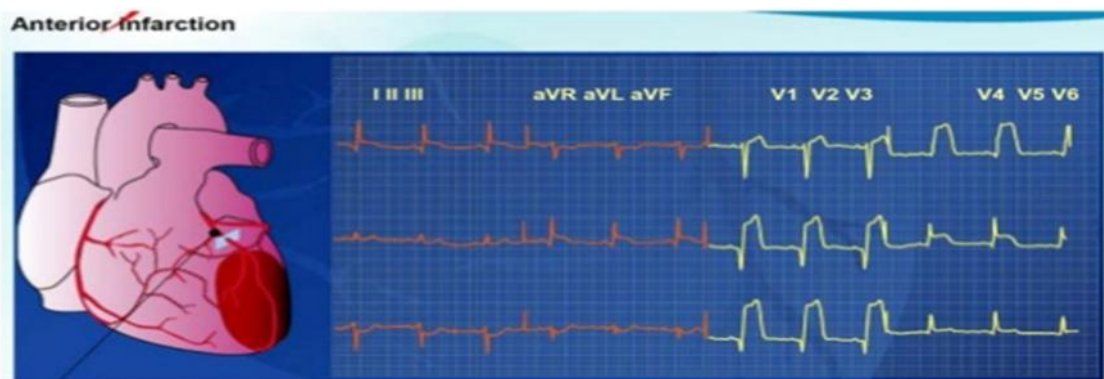
อาการเจ็บแน่นหน้าอกด้านซ้ายเป็นอาการแสดงที่พบได้บ่อย อาการเจ็บแน่นหน้าอกชนิด angina pectoris เป็นอาการเจ็บอกที่จำเพาะต่อโรค โดยจะมีอาการเจ็บแบบแน่นๆ หนักๆ เหมือนมีของหนักทับบริเวณอกซ้าย อาจมีอาการแน่นอึดอัดรู้สึกหายใจไม่ออก พบอาการเจ็บร้าว (refer pain) ไปยังบริเวณแขนซ้ายด้านใน ร้าวถึงกรามหรือลำคอได้ อาการเจ็บอกมักเป็นขณะพักหรือออกแรงเพียงเล็กน้อยและเป็นอยู่นานมากกว่า 20 นาที ในรายที่มีประวัติโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมาก่อนอาจพบลักษณะอาการเจ็บอกที่รุนแรงและความถี่มากขึ้นกว่าปกติ ผู้ป่วยอาจมีอาการอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น อาการเหนื่อย หายใจไม่เต็มปอด นอนราบไม่ได้จากภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่ามีอาการใจสั่นใจเต้นผิดปกติ จากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ในรายที่มีอาการรุนแรงจะตรวจพบอาการข้อคร่วมด้วย

การตรวจร่างกาย อาจพบความผิดปกติของสัญญาณชีพ เช่นความดันโลหิตต่ำ จังหวะการเต้นของหัวใจผิดปกติ หายใจเร็ว ตรวจพบภาวะน้ำท่วมปอด ในบางรายที่มีอาการรุนแรงอาจตรวจพบเสียงหัวใจผิดปกติจากลิ้นหัวใจรั่ว หรือผนังกันหัวใจทะลุซึ่งเป็นผลแทรกซ้อนที่อันตรายจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

2.๓ การส่งตรวจ และการสืบค้นเพิ่มเติม

2.๓.1. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หรือ Electrocardiography (12 – lead ECG) มีความสำคัญและจำเป็นต้องส่งตรวจในผู้ป่วยทุกราย จะพบการยกระดับของเส้นคลื่นไฟฟ้าหัวใจจากแนวราบ (Base Line) ที่เรียกกันว่า ST Elevation ตามพยาธิสภาพของกล้ามเนื้อหัวใจส่วนที่มีภาวะ

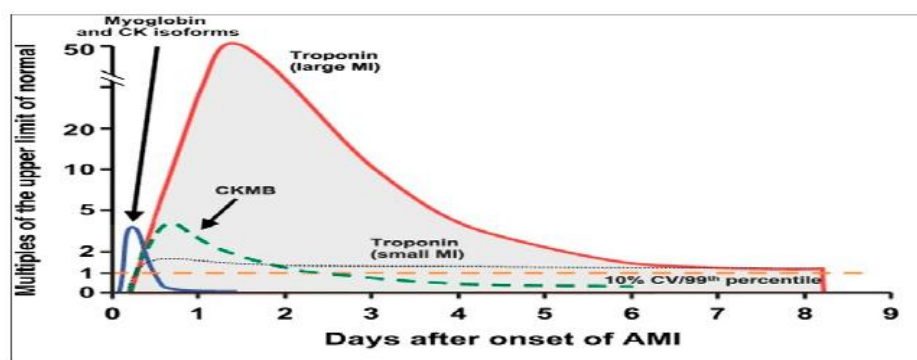
ขาดเลือดเฉียบพลัน ดังแสดงในรูปภาพที่ 1 ในรายที่มีอาการเจ็บหน้าอก แต่ไม่พบการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนของคลื่นไฟฟ้าหัวใจควรทำการตรวจซ้ำเป็นระยะๆ



Left

แผนภาพที่ 3 แสดงการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หรือ Electrocardiography (12 – lead ECG) ที่มีการยกระดับของเส้นคลื่นไฟฟ้าหัวใจจากแนวราบ (ST Elevation)

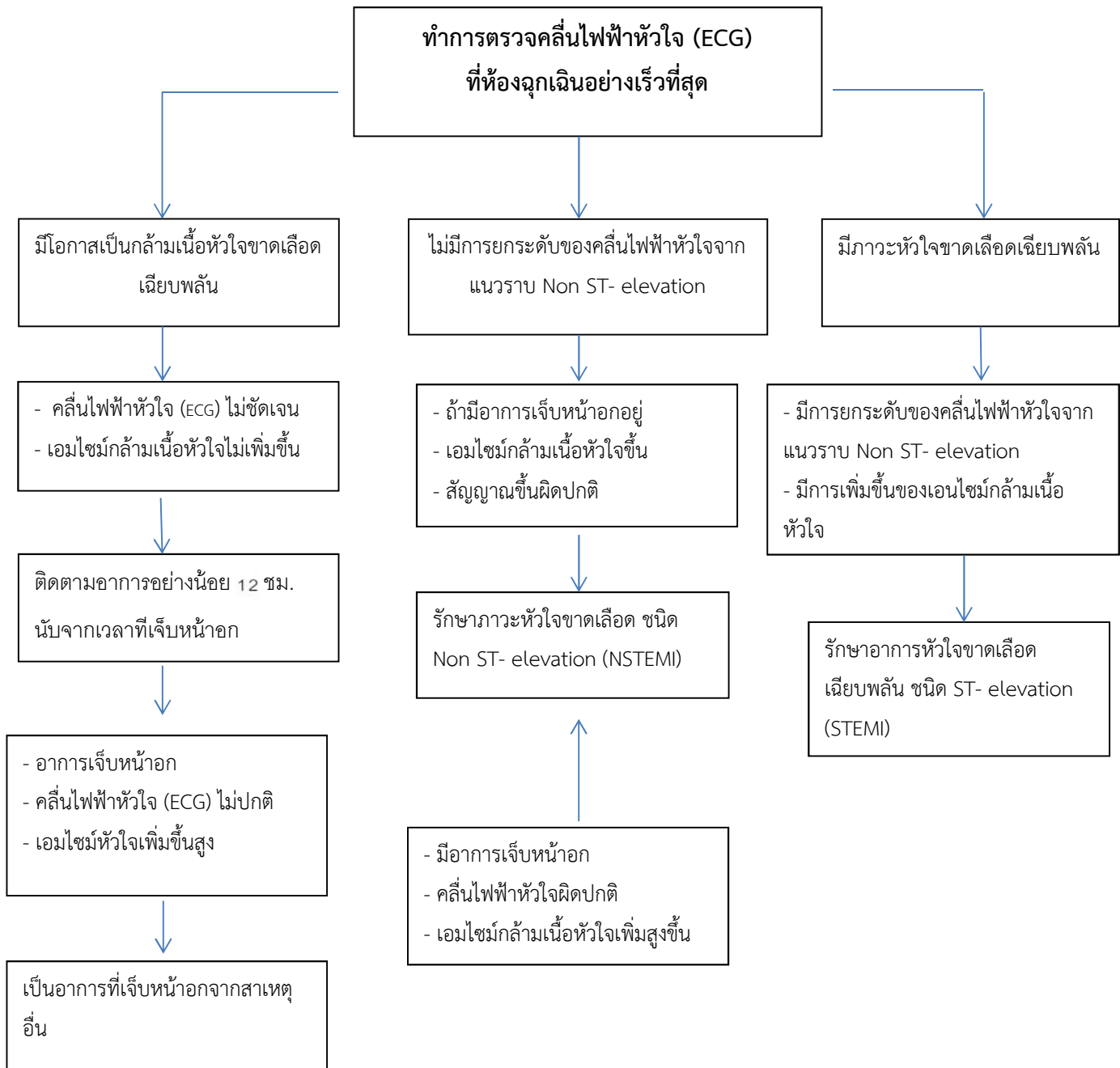
2.๓.2. การตรวจเลือดเพื่อตรวจระดับเอนไซม์ของกล้ามเนื้อหัวใจ (Cardiac Muscle Enzyme) ที่สูงขึ้นจากการตายของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือด โดยปกติต้องใช้เวลา 3-6 ชั่วโมง ดังนั้นสำหรับผู้ป่วยที่มีการยกระดับของเส้นคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หรือ ST Elevation ชัดเจน ไม่ต้องรอผลการตรวจระดับเอนไซม์ของกล้ามเนื้อหัวใจ ให้ทำการรักษาตามมาตรฐานของภาวะโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้เลยการรักษา การรักษาที่สำคัญคือ การเปิดหลอดเลือดหัวใจ หรือ Reperfusion Therapy อย่างเร็วที่สุด โดยการทำการบอลลูนขยายหลอดเลือดหัวใจ หรือการให้ยาละลายลิ่มเลือด ตามมาตรฐานสากลดังนี้



Reprinted with permission from the American Heart Association. *Circulation*. 2007;116:e148-304.

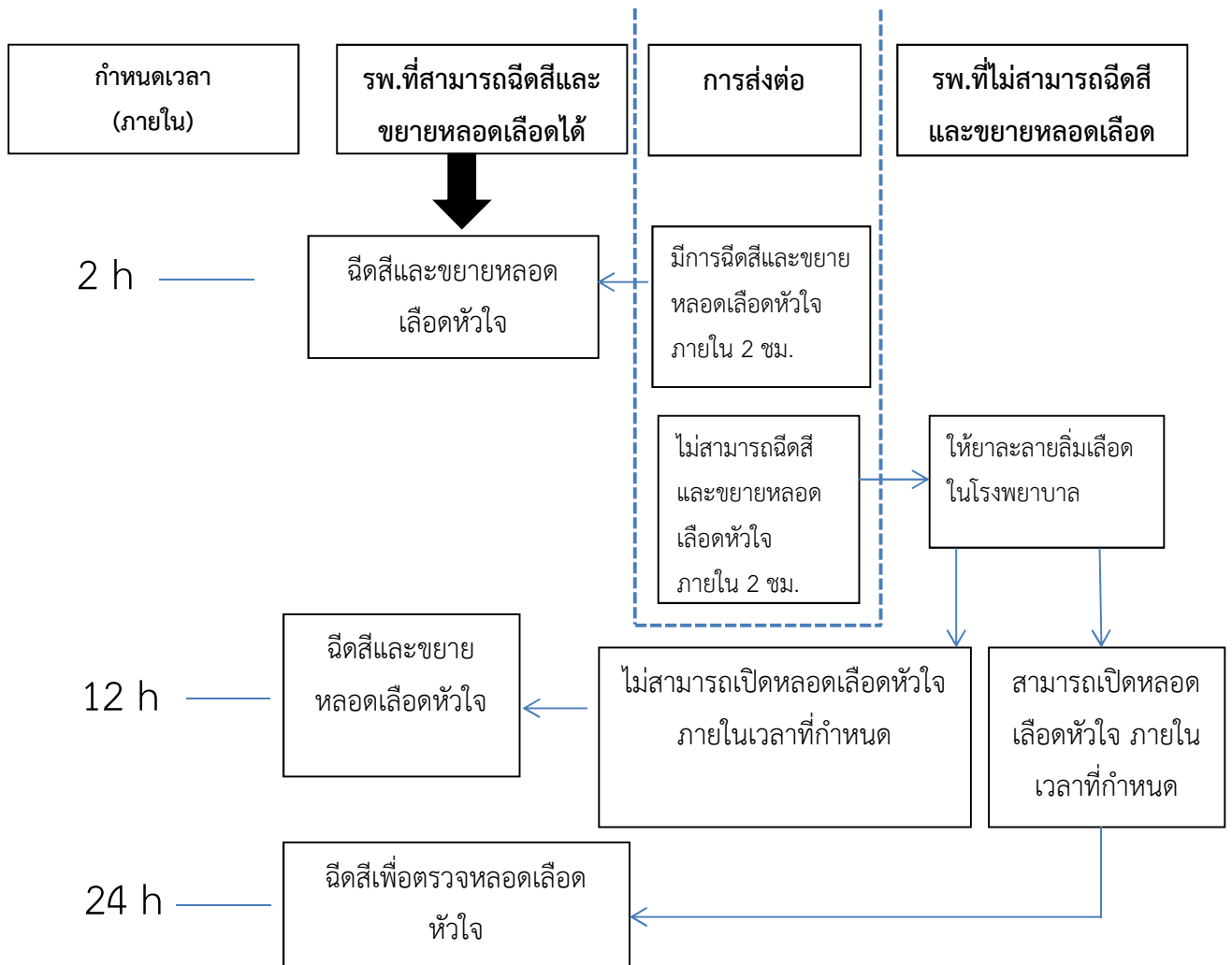
แผนภาพที่ ๔ แสดงระยะเวลาการเปลี่ยนแปลงระดับเอนไซม์ของกล้ามเนื้อหัวใจ

แผนภูมิการประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS)
Symptoms suggestive ACS (chest pain \geq 20 min.)



แผนภาพที่ ๕ แผนภูมิการประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS)

แผนภูมิแสดงขั้นตอนการเปิดหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
เฉียบพลันแบบรูปคลื่นไฟฟ้าหัวใจยกสูง (Reperfusion strategies of STEMI)



แผนภาพที่ ๖ แผนภูมิแสดงขั้นตอนการเปิดหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันแบบรูปคลื่นไฟฟ้าหัวใจยกสูง (Reperfusion strategies of STEMI)

2.๓.3. การตรวจอื่นๆ สามารถส่งตรวจตามความเหมาะสมเช่นการส่งตรวจ basic laboratory test การตรวจ X-ray ในที่ที่สามารถทำการตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ (echocardiography) ได้ ควรทำการตรวจเพื่อประเมินการบีบตัวของหัวใจและดูภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น Mitral regurgitation, ruptured septal ventricular septal defect ในรายที่มีการวินิจฉัยโรคจาก ECG ไม่แน่ชัด การตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจเพื่อดู regional wall motion abnormality จะมีประโยชน์มากในการวินิจฉัยโรค

2.๔ การวินิจฉัยแยกโรค

อาการและอาการแสดงของ STEMI อาจคล้ายคลึงกับโรคอื่นๆ โรคที่ต้องคำนึงถึงไว้เสมอและเป็นข้อห้ามของการใช้ยาละลายลิ่มเลือดคือ aortic dissection ให้สงสัยในกรณีที่มีอาการเจ็บเหมือนโดนมีดแทงทะลุร้าวไปที่หลัง โรคอื่นๆ ที่ต้องนึกถึงได้แก่ ภาวะ acute pulmonary embolism, PU perforation, pneumothorax, acute pericarditis และ mediastinitis เป็นต้น การซักประวัติที่ละเอียด การเปลี่ยนแปลงของ ECG ที่จำเพาะร่วมถึงการส่งวินิจฉัยอื่นเพิ่มเติมตามความสงสัยจะช่วยในการวินิจฉัยโรคต่างๆ เหล่านี้ได้

2.๕ การป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

การป้องกันและรักษาโรคหรือภาวะที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจทั้ง 9 อย่าง จากการศึกษา Inter heart study ซึ่งได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดปกติ การสูบบุหรี่ ความเครียด การไม่ออกกำลังกาย การไม่กินผักผลไม้ โรคอ้วนลงพุง (Metabolic Syndrome) จะช่วยลดอุบัติการณ์ STEMI นอกจากนี้การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้กับประชาชนถึงอาการของโรควิธีปฏิบัติตัวตลอดจนให้ทราบว่าเมื่อมีอาการจะต้องไปสถานพยาบาลแห่งใด รวมถึงการมีทีมงานซึ่งประกอบด้วย แพทย์ ผู้ช่วย พยาบาลห้องผู้ป่วยหนักหัวใจ และระบบเครือข่ายการส่งตัวผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ อาจทำให้ผู้ป่วย STEMI มีอัตราการตายและผลแทรกซ้อนลดลง

3. การรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด/ตาย เฉียบพลัน

๓.๑ อาการผิดปกติ

3.๒ การให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic Therapy) ในภาวะ STEMI

3.๓ การขยายหลอดเลือดแดงหัวใจผ่านสายสวนในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือตายชนิดที่มี ST elevation

๓.๑ อาการผิดปกติ

อาการผู้ป่วย AMI ส่วนใหญ่จะมาพบแพทย์ด้วยอาการแน่นหน้าอกรุนแรง มีเหงื่อออก ใจสั่น ปวดร้าวไปกราม สะบักหลัง แขนซ้าย จุกคอหอย บางรายมาด้วยจุกใต้ลิ้นปี่คล้ายโรคกระเพาะหรือกรดไหลย้อน ถ้ามีอาการดังกล่าวให้ท่านไปโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด ถ้าเป็นโรงพยาบาลที่มีอายุรแพทย์หัวใจได้ยิ่งดี เมื่อไปถึงโรงพยาบาลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจในเวลาที่รวดเร็วจะนำไปสู่การวินิจฉัยและรักษาที่ถูกต้องในเวลาอันรวดเร็วโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด ภายในเวลาไม่เกิน 6 ชั่วโมง หลังมีอาการหรือ การใช้สายสวนหลอดเลือดหัวใจชนิดพิเศษดูดเอาลิ่มเลือดออกพร้อมกับการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนและตามด้วยการใส่ขดลวดค้ำยัน (Primary percutaneous coronary intervention หรือ PPCI) ภายในเวลาไม่เกิน 12 ชั่วโมงหลังมีอาการ การเปิดหลอดเลือดได้สำเร็จนั้นได้ผลดีมาก ถ้าให้ยาละลายลิ่มเลือด ภายในเวลาไม่เกิน 1 ชั่วโมงหลังมีอาการ หรือการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนและตามด้วยการใส่ขดลวดค้ำยัน ภายในเวลาไม่เกิน 3 ชั่วโมง หลังมีอาการ ข้อมูล

ด้านการรักษาผู้ป่วย STEMI ในไทย (Thai Registry of ACS II) ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด 30.4 % ได้รับการทำ Primary PCI 22.2 % ถ้าสามารถเปิดหลอดเลือดได้สำเร็จไม่ว่าด้วยยาหรือบอลลูนในเวลาที่รวดเร็วจะช่วยรักษากล้ามเนื้อหัวใจไม่ให้ตายหรือขาดเลือดเป็นบริเวณกว้าง ทำให้ลดอันตรายและผลแทรกซ้อน เช่น หัวใจล้มเหลว ดังตัวอย่างที่สถาบันโรคทรวงอกโดยกลุ่มงานอายุรศาสตร์หัวใจได้ทำโครงการ “Fast track STEMI” ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2552 รักษาผู้ป่วย STEMI โดยการทำ Primary PCI เฉลี่ยปีละประมาณ 100 กว่าราย ได้ผลมากกว่า 3 % แม้ว่าจะมีการทำ Primary PCI ซึ่งพบว่าสามารถลดอัตราการตายได้แต่ผู้ป่วยส่วนหนึ่ง ประมาณ 30 - 50 % เสียชีวิตก่อนมาโรงพยาบาลเนื่องจากอาจจะเสียชีวิตที่บ้าน ที่ทำงาน หรือในสถานพยาบาลที่ไม่สามารถทำ Primary PCI ปัจจุบันนี้มีผู้ป่วยสูงอายุและเป็น AMI มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอัตราการตายสูงและมีข้อจำกัดในการใช้ยาละลายลิ่มเลือด การทำ Primary PCI จึงมีประโยชน์อย่างมากในผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

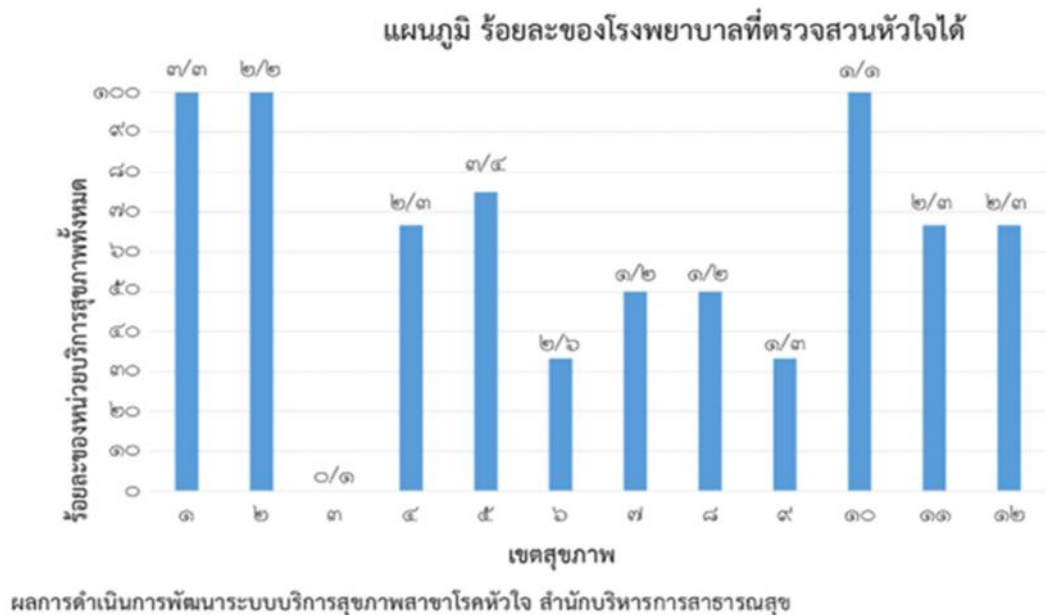
3.๒ การให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic Therapy) ในภาวะ STEMI

ในภาวะหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลันชนิด STEMI จะเกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้นเรื่อยๆ ตามระยะเวลาที่ผ่านไป เวลาจึงมีความสำคัญกับการรักษาโรค STEMI มาก วิธีการรักษาที่เป็นมาตรฐานในปัจจุบันคือ การรักษาเพื่อให้หลอดเลือดเปิด หรือ reperfusion therapy ให้เร็วที่สุดภายในเวลา 12 ชั่วโมงแรกหลังอาการเจ็บอก ในปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันว่า การให้ยาละลายลิ่มเลือด (fibrinolytic or thrombolytic drugs) เป็นอีกทางเลือกหนึ่งนอกจากการทำ primary PCI โดยยาสามารถลดอัตราการตายของผู้ป่วยทั้งในระยะสั้นและระยะยาวได้ ยังไม่มีข้อมูลที่ยืนยันถึงประโยชน์ของการให้ยาภายหลัง onset ของ MI มากกว่า 12 ชั่วโมง ถึงแม้ว่าโรคหลอดเลือดหัวใจตีบชนิด NSTEMI จะมีพยาธิสภาพการเกิดโรคคล้ายคลึงกับ STEMI เมื่อมีการนำเอายาละลายลิ่มเลือดมาใช้พบว่าไม่มีประโยชน์และอาจเกิดโทษได้

3.๓ การขยายหลอดเลือดแดงหัวใจผ่านสายสวนในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือตายชนิดที่มี ST elevation

Primary Percutaneous Coronary Intervention หรือ Primary PCI คือ การเปิดหลอดเลือดด้วยการทำหัตถการการขยายหลอดเลือดแดงหัวใจที่อุดตันและหรือการใช้อุปกรณ์พิเศษเฉพาะเพื่อดูดลิ่มเลือดในหลอดเลือดหัวใจภายใน 12 ชั่วโมงหลังจากเวลาที่เริ่มแน่นหน้าอก (onset) ที่รุนแรงหรืออาการที่เกี่ยวข้องซึ่งเกิดจากหลอดเลือดแดงหัวใจอุดตันและกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยที่ผู้ป่วยไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดมาก่อน

การเลือกวิธี reperfusion therapy ในปัจจุบันการทำ primary PCI เป็นอีกการรักษาหนึ่งในการเปิดหลอดเลือดที่ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพดีกว่ายาละลายลิ่มเลือด สามารถลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่า แต่ยังมีข้อจำกัดหลายประการโดยเฉพาะความพร้อมของบุคลากรและโรงพยาบาลที่สามารถทำ primary PCI ได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถให้บริการได้ตลอดเวลา การศึกษาในผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงโรงพยาบาลได้เร็วภายใน 3 ชั่วโมงแรกของการเจ็บหน้าอก (early presenters) พบว่าวิธีการรักษาทั้ง 2 รูปแบบให้ผลการรักษาไม่แตกต่างกัน ดังนั้นในกรณีที่เป็นโรงพยาบาลที่ห่างไกลไม่มีระบบเครือข่ายควรรีบให้ผู้ป่วยมากกว่าการเสียเวลาในการติดต่อส่งตัวผู้ป่วย หรือในกรณีที่มีการคำนวณเวลาแล้วพบว่าค่า door to needle แตกต่างจากเวลา door to balloon เกินกว่า 60 นาที จะมีผลทำให้ลดประสิทธิภาพของการรักษาด้วยวิธี primary PCI



แผนภาพที่ ๗ ร้อยละของโรงพยาบาลที่ตรวจสวนหัวใจได้ จำแนกตามเขตสุขภาพ (ข้อมูล ณ 2559)

ในปัจจุบันมีหลักฐานการศึกษาโดยเฉพาะในโรงพยาบาลหรือสถาบันทางการแพทย์ที่มีประสบการณ์ ความเชี่ยวชาญ ในการทำ PCI ในผู้ป่วยที่เป็น chronic stable angina โดยมีการทำ PCI โดยอายุรแพทย์หัวใจที่เรียกว่า coronary interventionist เป็นจำนวน 75 รายต่อปีต่อแพทย์ 1 คน และในจำนวนนี้ควรเป็น Primary PCI อย่างน้อย 11 ราย หรือถ้าคิดในภาพรวมของสถาบันการทำ PCI รวมทั้งหมดมากกว่า 200 – 400 รายต่อปีและในจำนวนนี้ควรเป็น Primary PCI อย่างน้อย 30 ราย (ตามมาตรฐานของทางอเมริกา ACC/AHA) รวมถึงการมีทีมงานที่ประกอบด้วย แพทย์ผู้ช่วย พยาบาลห้องสวนหัวใจ พยาบาลห้องผู้ป่วยหนักหัวใจ และระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ โดยมีตัวชี้วัดหรือข้อกำหนดว่าต้องสามารถทำ Primary PCI ได้ภายใน 2-3 ชั่วโมง (ESC guideline

2010) หรืออย่างน้อยภายใน 12 ชั่วโมงหลัง onset ของ STEMI (ACC guideline 2009) และ Door to balloon time ซึ่งก็คือระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลถึงเวลาที่ขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนหรือใช้อุปกรณ์ดูดลิ่มเลือด (Thrombotic aspiration) ไม่เกิน 90 นาที ในกรณีที่ไม่สามารถส่งต่อผู้ป่วยมาทำ Primary PCI ได้ภายใน 2-3 ชั่วโมง ให้พิจารณาใช้ยาละลายลิ่มเลือดก่อนและส่งต่อผู้ป่วยเพื่อมาตรวจฉีดสีหลอดเลือดหัวใจ ภายใน 24 ชั่วโมง

4. ความจำเป็นของระบบการแพทย์สำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

การรักษาภาวะกล้ามเนื้อตายเฉียบพลันด้วยการทำให้เกิดเลือดกลับไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ (Reperfusion treatment) ได้แก่ การให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic therapy) และการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous coronary Intervention: PCI) เป็นวิธีการที่ช่วยให้มีการไหลเวียนกลับเข้ามาในหลอดเลือดโคโรนารีที่เกิดการอุดตันจึงสามารถลดการเสียหายของกล้ามเนื้อหัวใจและช่วยชีวิตผู้ป่วย ทารได้รับการรักษาในระยะเวลาที่เหมาะสม การศึกษาในต่างประเทศ GUSTO IIb trial สรุปผลการศึกษาว่าอัตราการรอดชีวิตสูงถึงร้อยละ 99 หากได้รับ reperfusion treatment ภายใน 60 นาทีแรกหลังจากเกิดอาการ ในขณะที่อัตราการรอดชีวิตเหลือร้อยละ 93.6 หากได้รับ reperfusion treatment ช้ากว่า 90 นาทีหลังจากเกิดอาการ อัตราการรอดชีวิตจะลดลงตามระยะเวลาที่รอ reperfusion treatment นานขึ้น และหากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดนานเกิน 6 ชั่วโมง กล้ามเนื้อส่วนที่ขาดเลือดจะก้าวหน้าเป็นเนื้อตาย (infarction area) ไม่สามารถทำให้การไหลเวียนในกล้ามเนื้อหัวใจกลับมาได้อีก ดังนั้นการจัดบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาเฉพาะที่เรียกว่า reperfusion treatment ได้โดยเร็วจะส่งผลดีทางสุขภาพดีที่สุดในที่สุด (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ)

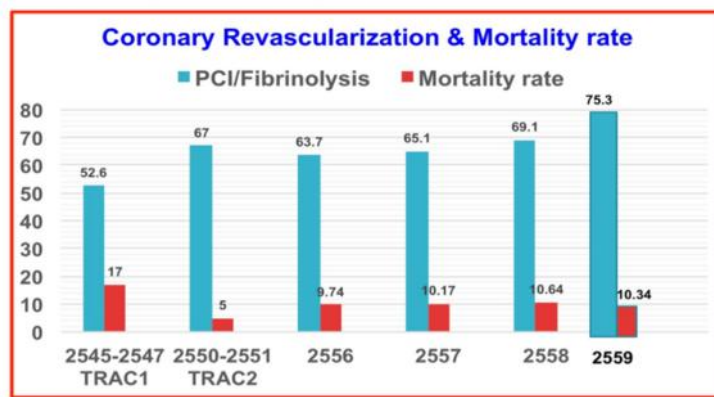
4.1 การเข้าถึงบริการสาธารณสุข/การเข้าถึงการรักษา reperfusion และผลลัพธ์

การรักษา ระยะเวลา 40 ปีที่ผ่านมาสถานการณ์การเข้าถึงการรักษาของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันใช้เวลานาน และมีอัตราการเสียชีวิตสูงมาก ในต่างประเทศมีรายงานผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันถึงร้อยละ 60-67 เสียชีวิตก่อนมาถึงโรงพยาบาลและร้อยละ 20 เท่านั้นที่รอดชีวิตโดยใช้ระยะเวลาก่อนมาถึงโรงพยาบาลอยู่ในช่วง 4-10 ชั่วโมงในผู้ป่วยที่เข้าถึงการรักษา ในขณะที่ประเทศไทยมีรายงานอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นสาเหตุการเสียชีวิต 1 ใน 5 อันดับแรกของประเทศตั้งแต่ปี พ.ศ. 2531 เป็นต้นมา และผลการศึกษากการเข้าถึงการรักษาในประเทศไทยพบว่าใกล้เคียงกับต่างประเทศ คือ ผู้ป่วยใช้เวลาตั้งแต่เกิดอาการจนมาถึงโรงพยาบาล 2-20 ชั่วโมง ในขณะที่ระยะเวลาตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลจนได้รับการรักษา คือ 29-140 นาที

การเพิ่มประสิทธิภาพของการจัดบริการเพื่อสามารถให้ reperfusion treatment ได้อย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดที่มีคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST segment ยกสูง หรือ STEMI ซึ่งเป็นชนิดที่ทำให้เกิดอันตรายสูงที่สุดจึงเป็นความจำเป็น นอกจากช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิต ลดการสูญเสียกล้ามเนื้อหัวใจแล้วยังลดความก้าวหน้าของภาวะหัวใจ

ล้มเหลวอีกด้วย ดังนั้นในระยะ 10 ปีที่ผ่านมาจึงมีการศึกษาสถานการณ์การเข้าถึงการรักษาของผู้ป่วย STEMI ในประเทศพัฒนาแล้วจำนวนมากและพบว่ามีการพัฒนาขึ้นแต่ยังคงไม่ถึงเป้าหมาย โดยพบว่าผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนมาถึงโรงพยาบาลลดลงเหลือร้อยละ 30-40 ในขณะที่เมื่อเข้าถึงโรงพยาบาลแล้วมีผู้ป่วยได้รับ reperfusion treatment ร้อยละ 45-50 อัตราการรอดชีวิตเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 80 อย่างไรก็ตามในจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษามีน้อยกว่าครึ่งที่ได้รับ reperfusion treatment ภายในระยะเวลา 6 ชั่วโมง หรือในเวลาเป้าหมายที่กำหนดคือได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที หรือถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (PCI) ภายใน 90 นาที ประเทศไทยมีการพัฒนาเทคโนโลยีการรักษาอย่างต่อเนื่องและสถิติการเสียชีวิตจากโรคหัวใจลดลงจาก 88.6 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2531 เป็น 52.3 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2543 แต่สถิติของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวกลับเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง รายงานจำนวนผู้ป่วยนอกที่ใช้บริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ. 2542 พบผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจล้มเหลว 93.0 ต่อ 1000 ประชากร เพิ่มขึ้นเป็น 283.8 ต่อ 1000 ประชากร ในปี พ.ศ. 2551 ส่วนหนึ่งอาจมีสาเหตุจากผู้รอดชีวิตหลังเกิดภาวะหัวใจตายเฉียบพลันที่ไม่สามารถเปิดหลอดเลือดหัวใจเพื่อให้เลือดกลับมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดได้สำเร็จ ดังนั้นการให้ผู้ป่วย STEMI ได้เข้าถึงการรักษาอย่างรวดเร็วเพื่อฟื้นคืนการไหลเวียนของกล้ามเนื้อหัวใจ โดยมีดัชนีที่สำคัญคือระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนได้รับการรักษา ในกรณีที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดเรียกว่า Onset to Needle time (OtN) น้อยกว่า 6 ชั่วโมง จึงยังคงเป็นเป้าหมายสำคัญของการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน(สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ)

ผลการดำเนินการของ Service Plan ในการเปิดหลอดเลือดหัวใจและอัตราการเสียชีวิตของประเทศ



แผนภาพที่ ๘ แสดงผลการดำเนินการของ Service Plan ในการเปิดหลอดเลือดหัวใจและอัตราการเสียชีวิตของประเทศไทย

กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมการแพทย์และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเห็นความสำคัญของโรค STEMI จึงได้จัดทำ “โครงการ ๑๐,๐๐๐ ดวงใจ ปลอดภัย ด้วยพระบารมี” ขึ้นและพัฒนาต่อยอดโครงการตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2556 ถึงปัจจุบัน เพื่อให้คนไทยได้เข้าถึงการรักษาโรค

กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือตายเฉียบพลันได้อย่างมีมาตรฐาน ทั้งถึงและเป็นธรรม โดยการพัฒนา ศักยภาพโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ให้มีความพร้อมในการตรวจ วินิจฉัยและรักษา STEMI โดยจัดให้มีความพร้อมของแพทย์ พยาบาล บุคลากรทางสาธารณสุข เครื่องมือที่จำเป็น ตลอด 24 ชั่วโมง โดยผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือตายเฉียบพลันถือเป็นการเจ็บป่วยกรณีฉุกเฉิน สามารถเข้ารับการรักษาได้ทุกโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชน เมื่อเกิดเหตุ ฉุกเฉินโทรสอบถามที่หมายเลข 1669 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

5. ทฤษฎี/แนวคิด การเข้าถึงบริการสุขภาพ

“หลักประกันในด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ” เป็นหลักประกันที่มีการกล่าวถึงและ ดำเนินการมากที่สุด (วิพุธ พูลเจริญและคณะ, 2543) ซึ่งการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานเป็น หลักการที่สำคัญของทุกสังคม (สมชาย สุขสิริเสรีกุล, 2539) และเป็นดัชนีชี้วัดที่สำคัญของระบบ บริการสุขภาพ (Maesneer and Willems, 2000) แต่การให้ความหมายและแนวคิดของการเข้าถึง บริการสุขภาพนั้น ขึ้นอยู่กับสังคมและวัฒนธรรม นักสังคมวิทยาการแพทย์หลายท่านได้พัฒนาแนวคิด และทฤษฎี เช่น ทฤษฎีเกี่ยวกับขั้นตอนการเจ็บป่วยและการรักษาทางการแพทย์ (stages of illness and medical care) ทฤษฎีการแสวงหาความช่วยเหลือ (general theory help seeking) รูปแบบ พฤติกรรม (behavioral model) แต่ทฤษฎีการเข้าถึงบริการสุขภาพยังไม่มีผู้สรุปอย่างชัดเจน คงเป็น เพียงแนวคิดของการเข้าถึงบริการสุขภาพเท่านั้น ในที่นี้จึงขอนำเสนอแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพ ที่ใช้อธิบายโดยทั่วไปดังนี้

5.1 ความหมายและแนวคิดของการเข้าถึงบริการสุขภาพ

การเข้าถึงบริการสุขภาพตามความหมายทางการแพทย์ หมายถึง ความสามารถของ ผู้ป่วยที่ไปถึงการดูแลทางการแพทย์ ความง่ายของการเข้าถึงบริการประกอบด้วย ความพอเพียงของ บริการทางการแพทย์ ที่ตั้งของแหล่งดูแลสุขภาพ การเดินทาง และความสามารถในการจ่ายการดูแล (Persinger, 2000)

นักวิชาการได้ให้ความหมายของการเข้าถึงบริการสุขภาพ พอสรุปได้ว่า การเข้าถึง บริการสุขภาพเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับทางเข้าของบริการสุขภาพประชาชนที่จะได้รับการดูแลรักษาใน ระบบสุขภาพ (Rosen, Florin and Dixon, 2001) เป็นมิติที่พรรณนาถึงศักยภาพและทางเข้าที่ แท้จริงของระบบการให้บริการกลุ่มประชากร (Aday and Andersen, 1974) และเป็นบริการที่มี ความเพียงพอทุกเวลาทุกสถานที่เมื่อผู้ป่วยต้องการ โดยจุดสำคัญในการเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพที่ เหมาะสมตามความจำเป็นนั้นได้ถูกกำหนดไว้อย่างชัดเจน (Bodenheimer, 1970; Freaborn and Greenlick 1973) การใช้บริการสุขภาพของบุคคลตามความเป็นจริง ทุกสิ่งจะต้องมีความสะดวกต่อ การใช้บริการของบุคคลนั้น (Andersen, 1955) มีความพอเหมาะระหว่างผู้ใช้บริการและระบบ บริการสุขภาพ (Penchansky and Thomas, 1981)

จากความหมายของนักวิชาการ สรุปได้ว่า การเข้าถึงบริการเป็นบริการที่ต้องมีความพอเหมาะและเพียงพอตลอดเวลาทุกสถานที่เมื่อผู้ป่วยต้องการ ประชาชนสามารถที่จะเข้าระบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมตามความจำเป็น และได้รับการดูแลรักษาในระบบสุขภาพที่แท้จริง ซึ่งการเข้าสู่ระบบและบริการที่จำเป็นนั้นได้ถูกกำหนดไว้อย่างชัดเจน

กรอบการเข้าถึงบริการสุขภาพได้แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความต้องการการเข้าถึงบริการ ด้านการใช้บริการและผลลัพธ์ของบริการ ด้านความต้องการในการเข้าถึงบริการสุขภาพในระบบการดูแลสุขภาพมีจุดมุ่งหมายเพื่อที่จะตอบสนองตามข้อตกลงที่ได้ทำไว้ระหว่างผู้ซื้อและผู้ให้บริการ (ซึ่งหมายถึงข้อตกลงที่ขึ้นกับเฉพาะที่) โดยพิจารณาตามความจำเป็นทางการแพทย์ ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการและการเข้าถึงบริการโดยทั่วไปจะขึ้นกับเงื่อนไข 2 ประการ ได้แก่ บริการสุขภาพที่ผู้ซื้อต้องการและลูกค้าใช้บริการเหล่านั้นเมื่อเขารู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า การประเมินความต้องการในการดูแลสุขภาพค่อนข้างท้าทาย เพราะทางเทคนิคการประเมินนั้นเป็นความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการดูแลสุขภาพและสถานะสุขภาพ ความต้องการของบุคคลในการดูแลสุขภาพเป็นการทำให้สถานะสุขภาพของบุคคลนั้นเป็นปกติเท่าที่จะเป็นไปได้และคงสภาพนั้นไว้

การเข้าถึงตามแนวคิดของอเดย์และแอนเดอร์เซน (Aday and Andersen, 1981) ได้จำแนกระหว่าง ศักยภาพการเข้าถึง (potential access) และการเข้าถึงที่แท้จริง (realized access) ศักยภาพการเข้าถึงนั้นได้กล่าวถึงโอกาสของการเข้าถึงระบบสุขภาพว่าเป็นความพอเพียงของบริการ (Availability of services) ส่วนการเข้าถึงที่แท้จริงเป็นความสัมพันธ์ระหว่างความพอเพียงของบริการและการใช้บริการที่แท้จริง การเข้าถึงบริการที่แท้จริงเป็นประสบการณ์ของแต่ละบุคคลโดยที่กรอบแนวคิดพื้นฐานของการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของอเดย์และแอนเดอร์เซน (Aday and Andersen, 1974) นั้น มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 5 ประการ ได้แก่

1) นโยบายสาธารณสุข (Health policy) แนวคิดนโยบายสาธารณสุขส่วนใหญ่มีจุดมุ่งเน้นการเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นเป้าหมายสำคัญ จุดประสงค์ความคิดของนโยบายนี้จะเน้นทางด้านงบประมาณ การศึกษา อัตรากำลังและโครงการการจัดการสุขภาพใหม่

2) ลักษณะของระบบบริการสุขภาพ (Characteristics of health delivery system) ได้แก่ ระบบการให้บริการ ความพอเพียง การกระจายทรัพยากร และความครอบคลุมของการให้บริการ

3) ลักษณะประชากรของผู้ใช้บริการ (Characteristics of population) ได้แก่ ปัจจัยนำ เช่น อายุ เพศเชื้อชาติ ศาสนา ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพ และการเจ็บป่วย ปัจจัยสนับสนุนได้แก่ รายได้ การประกันสุขภาพ แหล่งบริการในชุมชน และระยะทาง ปัจจัยความต้องการ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การประเมินการเจ็บป่วย

4) การใช้บริการบริการสุขภาพ (Utilization of health services) เช่น ชนิดของสถานบริการ จุดประสงค์และเวลาที่ใช้บริการ

5) ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ (Consumer satisfaction) เป็นความรู้สึกที่ผู้ใช้บริการได้รับจากประสบการณ์ในการไปใช้บริการแต่ละครั้ง

นอกจากนี้ อเดย์และแอนเดอร์สัน (Aday and Andersen, 1974) ได้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยเหล่านี้ไว้ว่า นโยบายสุขภาพจะมีจุดหมายที่จะดึงดูดลักษณะของระบบการให้บริการสุขภาพโดยตรง คุณสมบัติของประชากรสามารถมีการเปลี่ยนแปลงโดยนโยบายสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงในระบบการให้บริการอาจจะมีผลโดยตรงกับรูปแบบการให้บริการและความพึงพอใจของผู้รับบริการ และลักษณะของประชากรก็มีผลโดยตรงกับการใช้บริการและความพึงพอใจการให้บริการของผู้รับบริการนั้นมีแนวโน้มว่าจะมีอิทธิพลต่อความพึงพอใจ และประสบการณ์ความพึงพอใจและความไม่พึงพอใจที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการสุขภาพที่ตามมาเช่นเดียวกัน

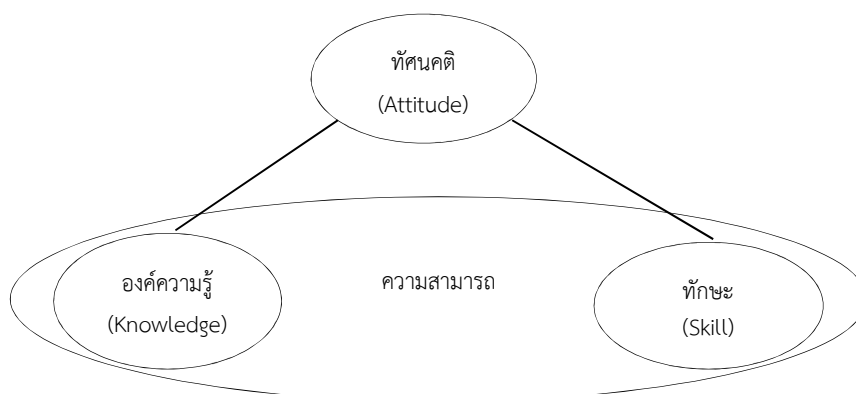
ปัจจัยทั้ง 5 นี้ได้ใช้สองแนวคิดหลักคือ 1.) การเข้าถึงบริการเป็นลักษณะเฉพาะของประชากร (รายได้ครอบครัว ค่าชดเชยจากการประกันสุขภาพ ทักษะคิดต่อการรับการดูแลรักษาทางการแพทย์) หรือลักษณะเฉพาะระบบบริการ ได้แก่ การกระจายบุคลากร ทรัพยากรและเครื่องมือ และ 2.) การเข้าถึงบริการ ประเมินได้ดีที่สุดจากตัวบ่งชี้ของผลลัพธ์ของแต่ละบุคคลที่ได้ผ่านระบบนั้นๆ เช่น จากอัตราการใช้ประโยชน์หรือระดับความพึงพอใจ การวัดค่าเหล่านี้ก่อให้เกิดตัวประกอบภายนอกของความสำเร็จของระบบและลักษณะเฉพาะของแต่ละระบบ ซึ่งต่อมาอเดย์และแอนเดอร์สัน (Aday and Andersen, 1974) ได้ปรับแนวคิดการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพ

เนื่องด้วยการศึกษาครั้งนี้ต้องการองค์ความรู้ และเน้นเพื่อการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดเรื่องการพัฒนาบุคลากร ดังนี้

5.2 แนวคิดเรื่องการพัฒนาบุคลากร

กุลธนา ธนาพงศธร และเสนห์ จุ้ยโต (2552:152) ได้ให้ความหมายของการพัฒนาบุคลากรไว้ 2 ประการดังนี้

ประการแรก การพัฒนาบุคลากรเป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมนุษย์ในลักษณะที่พึงประสงค์ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมนุษย์ 3 ด้าน ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงองค์ความรู้ (Knowledge) การเปลี่ยนแปลงทักษะ (Skill) การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ (Attitude)



(Competency)

แผนภาพที่ ๙ การอธิบายเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 3 ด้าน

ที่มา : กุลชน ธนาพงศธร และเสนห์ จุ้ยโต (2552 : 152)

จากภาพประกอบอธิบายได้ว่าการพัฒนาบุคลากร คือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมนุษย์ใน 3 ด้านคือ องค์ความรู้ต้องเปลี่ยน และความคิดทัศนคติต้องเปลี่ยนในอนาคตต้องการทรัพยากรมนุษย์ที่มีความสามารถ (Competency) กล่าวคือ มีความรู้ที่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้ คนที่มีความรู้แต่ทำไม่เป็นก็ไม่ต้องการ คนที่ทำเป็นแต่ไม่มีความรู้ก็ไม่ต้องการ ดังนั้นในองค์การจึงต้องการคนที่มีความรู้และนำความรู้มาทำได้จริง

ประการที่สอง การพัฒนาบุคลากรเป็นเครื่องมือในการบริหารองค์การและทรัพยากรมนุษย์อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เมื่อทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพมากขึ้นกล่าวคือ มีความพร้อมทั้งร่างกาย อารมณ์ สังคม สติปัญญา จิตใจและคุณธรรม ก็ส่งผลให้การทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทรัพยากรมนุษย์มีการทำงานที่มีประสิทธิภาพก็จะส่งผลทำให้การบริหารองค์การสู่ความเป็นเลิศ (Excellence) ต่อไป

ลีโอนาร์ด แนด์เลอร์ (Leonard Nadler) ได้เสนอแนวคิดว่าการพัฒนาบุคลากรเป็นกระบวนการศึกษาต่อเนื่องที่มนุษย์จะต้องมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา สังคมเศรษฐกิจและการเมืองเปลี่ยนแปลงไปก็ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทรัพยากรมนุษย์ ในระยะเริ่มต้นการพัฒนาบุคลากรมุ่งเน้นการฝึกอบรม (Training) เป็นสำคัญ ต่อมาการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ก็มุ่งไปสู่การฝึกอบรมและการพัฒนา (Training and Development) ในปัจจุบันนี้แนวคิดในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์มุ่งสู่ 3 กิจกรรมที่สำคัญคือ

๑. การฝึกอบรม (Training) เป็นการเรียนรู้เพื่อมุ่งเน้นการทำงานในปัจจุบัน
๒. การศึกษา (Education) เป็นการเรียนรู้เพื่อมุ่งเน้นการทำงานในอนาคต
๓. การพัฒนา (Development) เป็นการเรียนรู้ที่มีได้มุ่งเน้นการทำงาน แต่มุ่งถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมนุษย์ไปในทางที่ดีขึ้น

การพัฒนาบุคลากรที่ดีจะต้องกระทำอย่างมีหลักการ มีหลักทฤษฎีการพัฒนาบุคคลรองรับจึงสามารถกำหนดโครงการฝึกอบรมได้อย่างเหมาะสม หลักการพัฒนาบุคลากรมีอย่างน้อย 8 ประการดังนี้

๑. Establish Objectives : หลักการกำหนดวัตถุประสงค์เป็นการทำให้ผู้เข้ารับการอบรมทราบว่า องค์กรต้องการอะไรในการพัฒนาในครั้งนี้เป็นเหมือนเป้าหมายที่จะต้องร่วมกันทำ

จนกว่าจะบรรลุตามที่คาดหวัง การที่ผู้เข้ารับการอบรมได้ทราบวัตถุประสงค์จะช่วยให้การเรียนรู้มีความหมายน่าสนใจเพราะทราบเป็นอย่างดีว่าจะต้องทำอะไรเพื่ออะไร

๒. Transfer of Training : หลักการถ่ายทอดความรู้ หลักการถ่ายทอดความรู้เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้เข้ารับการอบรมได้มีการแสดงออกให้เห็นว่า ตนเองมีความรู้ความเข้าใจอย่างไรต่อประเด็นที่ได้เรียนรู้ ซึ่งจะช่วยสร้างความเชื่อมั่นในขบวนการเรียนรู้มากยิ่งขึ้น และหลักการนี้ยังเชื่อมโยงความรู้จากเรื่องอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์ลักษณะเดียวกันอีกด้วย อันจะทำให้เรียนรู้ได้เร็วยิ่งขึ้นเพราะว่าเหมือนกับความรู้เดิมที่มีอยู่และจะมีความเข้าใจมากยิ่งขึ้น

๓. Feedback : หลักการสะท้อนกลับข้อมูล หลักการสะท้อนกลับข้อมูลหรือการป้อนข้อมูลย้อนกลับจะเป็นประโยชน์ต่อการปรับเปลี่ยนแนวของพฤติกรรมกรรมการเรียนรู้โดยตัวของผู้เข้าร่วมอบรมเอง การเรียนรู้ที่ยอมรับของคนอื่นบุคคลจะมีแนวโน้มในการพัฒนาการความรู้ต่อไป หากเป็นการสะท้อนเชิงลบบุคคลที่มีแนวโน้มจะหยุดยั้งพฤติกรรมนั้นหรือปรับเปลี่ยนเป็นแนวทางที่ปลอดภัยหรือมีความสบายใจที่สุด

๔. Reinforcement : หลักการเสริมแรง หลักการเสริมแรงเป็นการพัฒนาพฤติกรรมในลักษณะสองทิศทางตามผลของการเสริมแรง กล่าวคือ หากเป็นพฤติกรรมที่ได้รับรางวัลบุคคลจะกระทำต่อไป แต่หากได้รับการลงโทษ บุคคลจะมีแนวโน้มที่จะหยุดพฤติกรรมดังกล่าว ส่วนรูปแบบการเสริมแรงอาจแตกต่างกันไปตามความต้องการหรือความหวังของบุคคลนั้น ซึ่งจะมีความแตกต่างกันไปตามความต้องการหรือความหวังของบุคคลนั้น ซึ่งจะมีความแตกต่างกันเพราะมนุษย์มีความแตกต่างกัน

๕. Meaning fullness : หลักการสร้างความสำคัญ หลักการสร้างความสำคัญเป็นการตอบสนองต่อธรรมชาติของมนุษย์ เพราะมนุษย์ทุกคนต้องการความสำคัญและยอมรับจากบรรดาบุคคลที่เขาเห็นว่ามีค่าสำคัญ ดังนั้นท่ามกลางบรรยากาศการเรียนรู้ที่ดีจะต้องเอื้ออำนวยให้บุคคลได้แสดงออกให้เห็นว่า ตัวเขามีความสำคัญอยู่ตลอดเวลา

๖. Repetition : หลักการทำซ้ำ หลักการทำซ้ำเป็นการทบทวนความเข้าใจที่เกิดจากการเรียนรู้จากการกระทำ การทำซ้ำจะช่วยให้เกิดความเข้าใจความรู้ที่ได้รับมา ดังนั้น เทคนิคการเรียนรู้ส่วนหนึ่งควรกำหนดกิจกรรมให้พนักงานได้มีการกระทำหรือการแสดงออกหลายๆครั้ง ย่อมช่วยในการเรียนรู้ มีประโยชน์และสามารถนำไปปฏิบัติได้

7. Motivation : หลักการจูงใจ หลักการจูงใจหมายถึง การสร้างแรงจูงใจของบุคคลด้วยการสนองต่อความคาดหวังของบุคคล ด้วยการให้ในสิ่งที่บุคคลนั้นมีความต้องการ ดังนั้น การฝึกอบรมจะต้องมีการสังเกตพฤติกรรมหรือพยายามให้พนักงานได้แสดงออกในสิ่งที่อยู่ในความสนใจ เพื่อเป็นข้อมูลสำคัญที่จะกำหนดกิจกรรมให้ตรงประเด็นที่ต้องการ

8. Whole-Specifics-Whole : หลักการเรียนรู้ภาพรวม-รายละเอียด-ภาพรวม หลักการเรียนรู้ภาพรวม-รายละเอียด-ภาพรวมเป็นวิธีการเรียนรู้จากภาพรวมกว้างๆของเรื่อง

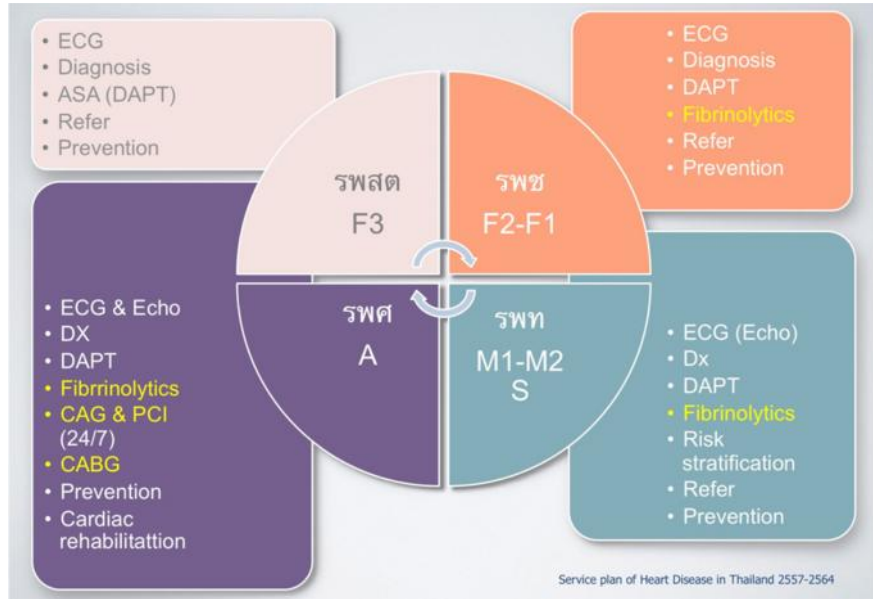
ฝึกอบรมให้ครอบคลุม แล้วเรียนรู้ในรายละเอียดปลีกย่อยในแต่ละส่วนประกอบ และสรุปภาพรวมความสัมพันธ์ของภาพรวมอีกครั้ง หลักการนี้จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น

6. แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน พัฒนาศักยภาพส่งเสริมระบบส่งต่อ เพื่อลดความแออัดและจัดสรรทรัพยากร ด้วยกรอบแนวคิดระบบสุขภาพ (Health System Framework) ที่กำหนดโดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO, 2007) ซึ่งมีองค์ประกอบที่พึงประสงค์หลัก ๖ ส่วน (6 Building Blocks of Health System) ได้แก่ ระบบบริการ กำลังคนด้านสุขภาพ ระบบข้อมูลข่าวสาร เทคโนโลยีทางการแพทย์ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล นำมาซึ่งผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่สำคัญ คือ การเข้าถึงการบริการ ความครอบคลุม คุณภาพและความปลอดภัย โดยผลสัมฤทธิ์เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น ระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพเป็นธรรม ปกป้องคุ้มครองความเสี่ยงด้านสังคมและการเงิน อีกทั้งเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชน

เพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐาน อย่างรวดเร็วและทั่วถึง (Accessibility) การให้บริการด้านโรคหัวใจจะเน้นการดูแลผู้ป่วยในลักษณะของการเป็นเครือข่ายบริการเชื่อมโยงที่ไร้รอยต่อซึ่งมุ่งหวังประโยชน์สูงสุดต่อผู้เข้ารับบริการ การจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ ในด้านการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจึงเป็นสิ่งสำคัญ ที่จำเป็นต้องพัฒนาทีมบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลระดับต่างๆ ให้มีขีดความสามารถและเพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจให้รวดเร็วได้มาตรฐานและเป็นธรรม

การจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ ปี ๒๕๕๖-๒๕๖๐ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Acute coronary syndrome) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงสุดในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้งหมดและถึงแม้แนวโน้มการเสียชีวิตจะเริ่มลดลงในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ แต่จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุขและ Thai ACS registry โดยนายแพทย์สุพจน์ ศรีมหาโชตะ และคณะ พบว่าอัตราการเสียชีวิตก็ยังคงสูงทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ทั้งในโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute ST elevation myocardial infarction ; STEMI) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (non-ST elevation acute coronary syndrome; NSTEMI) ดังนั้นจึงเป็นที่มาของแผนพัฒนาบริการสุขภาพ ๒๕๕๖-๒๕๖๐ (Service plan) ที่มุ่งพัฒนาระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (NSTEMI) เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของคนไทย โดยมีกิจกรรมและเป้าหมายการดำเนินการในโรงพยาบาลแต่ละระดับดังนี้



แผนภาพที่ ๑๐ แนวทางการพัฒนา Service Plan ของโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

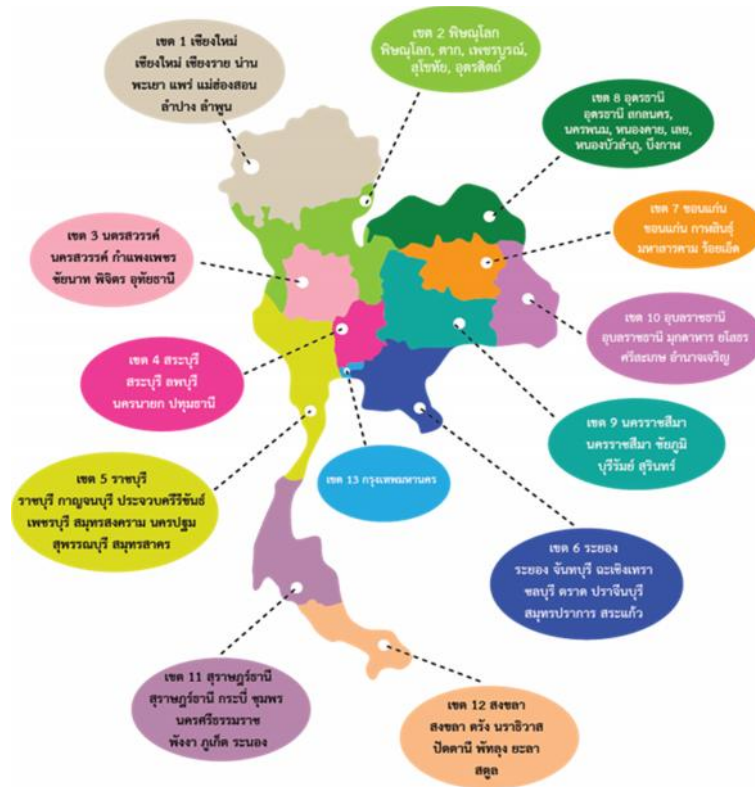
๑. พัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้สามารถตรวจคัดกรองผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และผู้ป่วยเจ็บหน้าอกจากภาวะอื่นๆ ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม สามารถให้การวินิจฉัยเบื้องต้นจากอาการและอาการแสดง เพื่อส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง สามารถใช้ยา aspirin ในภาวะที่สงสัยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ และสามารถให้ความรู้ประชาชนในการดูแลตนเอง การป้องกันโรค และการสังเกตอาการในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

๒. พัฒนาโรงพยาบาลชุมชน M๒ – F๒ ให้มีความสามารถเหมือน รพ.สต. และสามารถให้การวินิจฉัยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจากอาการและคลื่นไฟฟ้าหัวใจได้ มีระบบการปรึกษากับโรงพยาบาลแม่ข่ายในรายที่สงสัยหรือการวินิจฉัยซับซ้อน สามารถให้การรักษาเบื้องต้นด้วย dual anti-platelet และ fibrinolytic therapy ได้อย่างเหมาะสมและมีระบบส่งต่อผู้ป่วย หลังจากการรักษาด้วย fibrinolytic therapy

๓. พัฒนาโรงพยาบาลทั่วไป ระดับ S-M1 ให้สามารถดูแลผู้ป่วยหลังให้ fibrinolytic therapy ได้อย่างเหมาะสม และสามารถประเมินความเสี่ยงหลังการรักษา (risk stratification) ด้วย Echocardiography และ/หรือ Exercise stress test ได้โดยอายุรแพทย์ที่ผ่านการอบรมหรือโดยอายุรแพทย์โรคหัวใจ

๔. พัฒนาโรงพยาบาลศูนย์ ระดับ A ให้สามารถตรวจด้วยการฉีดสีหลอดเลือดหัวใจ (coronary angiogram) และให้การรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน (percutaneous coronary intervention; PCI) ได้ สามารถรักษาแบบ primary PCI ได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง และสามารถให้การรักษาด้วยการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (CABG) ในกรณีฉุกเฉินได้

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพในรูปแบบเครือข่ายบริการสุขภาพแต่ละเครือข่ายครอบคลุมสถานบริการภายใน ๔ - ๘ จังหวัด เพื่อดูแลประชากรประมาณ ๔ - ๖ ล้านคน รวมทั้งสิ้น ๑๒ เครือข่าย และกรุงเทพมหานคร ดังแสดงในตารางเชื่อมโยงการบริการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ (Primary Care) ทุติยภูมิ (Secondary Care) และตติยภูมิ (Tertiary Care) และศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง (Center Of Excellence ; COE) ที่เชื่อมโยงในภาพเครือข่ายบริการ



แผนภาพที่ ๑๑ เขตสุขภาพ 13 เขต ของกระทรวงสาธารณสุข

เน้นการพัฒนาประสิทธิภาพ ด้านบริหารจัดการ วิชาการ และระบบบริการที่ตอบสนองปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศ ๑๐ สาขาได้แก่ ๑ สาขาหัวใจ และหลอดเลือด ๒ สาขามะเร็ง ๓ สาขาอุบัติเหตุ ๔ สาขาทารกแรกเกิด ๕ สาขาสุขภาพจิต จิตเวช และยาเสพติด ๖ สาขาทา ๗ สาขาไต ๘ สาขาโรค ๕ สาขาหลัก(สูติ-นรีเวชกรรม ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม และออร์โธปีดิกส์ ๙ สาขาสุขภาพช่องปาก ๑๐ สาขาปฐมภูมิ และสุขภาพอำเภอ ๑๑ สาขาโรคไม่ติดต่อ ๑๒ สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน ๑๓ สาขารับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ เพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ (Vision) ของแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) “ประชาชนเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐาน โดยเครือข่ายบริการที่เชื่อมโยงไร้รอยต่อ สามารถบริการเบ็ดเสร็จภายในเครือข่ายบริการ” ในการดำเนินงานสาขาโรคหัวใจและหลอดเลือดได้มีการแต่งตั้ง

๑. คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาโรคหัวใจระดับกระทรวงสาธารณสุข/เขตสุขภาพ มีหน้าที่ความรับผิดชอบดังนี้ กำหนดกรอบ และแนวทางการกำกับ ติดตาม และประเมินผลการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ

๒. คณะกรรมการระดับจังหวัด มีหน้าที่กำหนดกรอบ และแนวทางการกำกับ ติดตาม และประเมินผลการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจของหน่วยงานและสถานบริการใน ระดับจังหวัด

๓. ทีมติดตาม ประเมินผล และนิเทศ ตรวจสอบในส่วนกลางได้แก่ สำนักตรวจ และประเมินผล สำนักบริหารการสาธารณสุข กรมวิชาการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในส่วนภูมิภาคได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงาน กรมวิชาการที่เกี่ยวข้องในภูมิภาค วิเคราะห์ข้อมูลผ่านระบบรายงานข้อมูลที่สำคัญ ดังนี้

๓.๑ ข้อมูล ๔๓ แพ้ (Service Person) ผ่านระบบรายงานข้อมูลของสำนักนโยบาย และยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

๓.๒ ข้อมูล E-Inspection สำนักผู้ตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข

๓.๓ ข้อมูลการรายงานผลการดำเนินงาน สำนักสาธารณสุขทุกจังหวัด และกรมวิชาการ ที่เกี่ยวข้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เช่น กรมการแพทย์

การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของระบบบริการสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่สำคัญในการสนับสนุนและให้บริการสาธารณสุข ผสมผสาน (การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ) ตามการเจ็บป่วยและความรุนแรงของโรคในภูมิภาคนั้นๆ โดยได้มีการทบทวนแนวทางการพัฒนาหน่วยบริการ ให้มีทิศทางที่ชัดเจนและเป็นระบบ ดำเนินการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) เพื่อตอบสนองแนวโน้มความเปลี่ยนแปลงของสังคมและประชากร ตลอดจนความต้องการด้านสุขภาพของประเทศได้ทัน่วงที่ มีกรอบการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในรูปแบบของเครือข่าย บริการแทนการขยายโรงพยาบาลเป็นรายแห่ง สร้างความเชื่อมโยงในภาพของเครือข่ายบริการ สามารถรองรับการส่งต่อ เพื่อเป็นหลักประกันว่าประชาชนจะเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานทั่วถึงเป็น ธรรม มีการแบ่งระดับสถานบริการสาธารณสุข สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในส่วน ภูมิภาคทั้งที่มีเตียงรับผู้ป่วยใน และไม่มีเตียงรับผู้ป่วยใน ได้แก่

๑. กลุ่มโรงพยาบาลรับส่งต่อระดับสูง (High-Level Referral Hospital) แบ่งเป็น

๑.๑ โรงพยาบาลศูนย์ (Advance Level Hospital) หรือระดับ A เป็นโรงพยาบาล ระดับตติยภูมิ รับส่งต่อผู้ป่วยระดับสูง โดยให้มีครอบคลุมทุกเขตสุขภาพ ปัจจุบันมีจำนวน ๓๓ แห่ง ชีตความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญและเทคโนโลยีขั้น สูงและมีราคาแพง (Advance & Sophisticate Technology) มีภารกิจด้านแพทยศาสตร์ศึกษา และ งานวิจัยทางการแพทย์ จึงประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทั้งสาขาหลัก สาธารณะ และสาขาย่อยครบ ทุกสาขาตามความจำเป็นโดยโรงพยาบาลระดับ A บางแห่งถูกกำหนดเป็นศูนย์ความเชี่ยวชาญใน ๕ สาขาหลัก (สาขาโรคหัวใจ สาขาโรคมะเร็ง สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สาขาทารกแรกเกิด สาขาการ รับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ) สามารถรองรับผู้ป่วยส่งต่อจากระดับตติยภูมิ ภายในสุขภาพเดียวกัน และเขตใกล้เคียง

๑.๒ โรงพยาบาลทั่วไป (Standard - Level Hospital) หรือระดับ S เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ รับส่งต่อผู้ป่วยระดับมาตรฐาน มีจำนวน ๔๘ แห่ง ชัดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่งยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญเฉพาะ ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทั้งสาขาหลัก สาขารอง และสาขาย่อยบางสาขา ทั้งนี้โรงพยาบาลบางแห่งอาจจัดการกิจด้านแพทยศาสตร์ศึกษา โดยร่วมมือกับมหาวิทยาลัยในพื้นที่ได้ สามารถรองรับผู้ป่วยส่งต่อจากหน่วยบริการภายในจังหวัด โดยมีอย่างน้อย ๑ แห่ง ต่อจังหวัด

๒. กลุ่มโรงพยาบาลรับส่งต่อระดับกลาง (Mid - Level Referral Hospital)

แบ่งเป็น

๒.๑ โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก หรือระดับ M๑ เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีจำนวน ๓๕ แห่ง ชัดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่งยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญ ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาหลักทุกสาขาและสาขารองในบางสาขาที่จำเป็น สามารถรับผู้ป่วยส่งต่อจากหน่วยบริการระดับทุติยภูมิ

๒.๒ โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย หรือระดับ M๒ เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมินาขนาด ๑๒๐ เตียงขึ้นไป มีจำนวน ๘๘ แห่ง มีแพทย์เวชปฏิบัติหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และแพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก (อายุรกรรม ศัลยกรรม สูติ - นรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม ออร์โธปิดิกส์ และวิสัญญีวิทยา) เป็นสาขาเท่าที่มีอยู่ในปัจจุบัน รวม ๓ - ๑๐ คน มีบริการผู้ป่วยใน ห้องผ่าตัด ห้องคลอดและสนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอ

๓. กลุ่มโรงพยาบาลรับส่งต่อระดับต้น (First - Level Referral Hospital) แบ่งเป็น

๓.๑ โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ หรือระดับ F๑ เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมินาขนาด ๙๐ - ๑๒๐ เตียง มีจำนวน ๗๗ แห่ง มีแพทย์เวชปฏิบัติ หรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และแพทย์ทางสาขาหลัก (อายุรกรรม ศัลยกรรม สูติ - นรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม ออร์โธปิดิกส์ และวิสัญญีแพทย์) เป็นสาขาเท่าที่มีอยู่ปัจจุบัน รวม ๓ - ๑๐ คน มีบริการผู้ป่วยใน ห้องผ่าตัด ห้องคลอดและสนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอ

๓.๒ โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง หรือระดับ F๒ เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมินาขนาด ๖๐ - ๙๐ เตียง มีจำนวน ๕๑๖ แห่ง มีแพทย์เวชปฏิบัติหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวรวม ๒ - ๕ คน ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง มีบริการผู้ป่วยใน ห้องผ่าตัด ห้องคลอดและสนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอ

๓.๓ โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก หรือระดับ F๓ เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมินาขนาด ๓๐ - ๖๐ เตียง มีจำนวน ๙๙ แห่ง มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ๑ - ๒ คน มีห้องผ่าตัดเล็ก ไม่มีห้องผ่าตัด มีห้องคลอด มีเตียงผู้ป่วยใน ให้การดูแลผู้ป่วยไม่ซับซ้อน ไม่มีโอกาสเกิดความเสี่ยงสูง รองรับผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเพื่อสังเกตอาการ/ส่งต่อ สนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอไม่จำเป็นต้องทำหัตถการ เช่น การผ่าตัดใหญ่ และไม่จำเป็นต้องจัดบริการผู้ป่วยในเต็มรูปแบบ

๔. กลุ่มหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ แบ่งเป็น

๔.๑ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองหรือระดับ P๑ มีจำนวน ๓๒๗ แห่ง เป็นหน่วยบริการที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ชุมชนเมืองหรือพื้นที่เติบโตของเมือง ทั้งเมืองที่ตั้งของตัวจังหวัด และเมืองอื่นๆ (อาจใช้พื้นที่เขตเทศบาลเป็นเกณฑ์) โดยมีประชากรในความรับผิดชอบไม่เกิน ๓๐,๐๐๐ คนต่อแห่ง มีขีดความสามารถด้านเวชปฏิบัติทั่วไป หัตถกรรม เภสัชกรรม ชันสูตรโรค กายภาพบำบัด หรือกิจกรรม

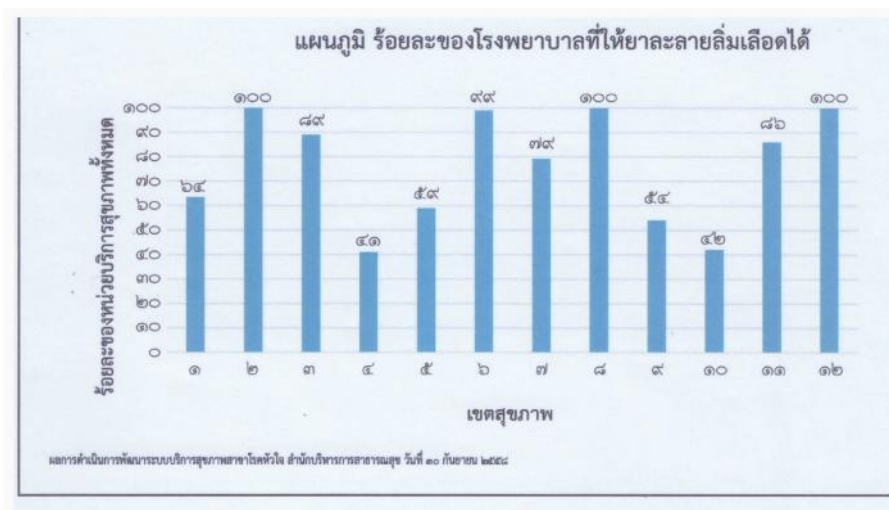
บำบัด และการแพทย์แผนไทยหรือแพทย์ทางเลือก สามารถตรวจรักษาผู้ป่วยนอกทั่วไป ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ตลอดจนกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยง ดูแลในมิติสุขภาพองค์รวม การสร้างความเข้มแข็งให้ครอบครัวและชุมชน การสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกโดยให้ชุมชนมีบทบาทสำคัญ ทั้งนี้ มีใช้การแยกที่ตั้งหน่วย OPD ของโรงพยาบาล หรือ Out – reached เพื่อลดความแออัด ในโรงพยาบาลเป็นวัตถุประสงค์หลัก

๔.๒ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือหรือระดับ P2 มีจำนวน 9,766 แห่ง (ในกรณีนี้ได้รวมถึงสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ) เป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับตำบลหรือระดับหมู่บ้าน ครอบคลุมประชากรประมาณ 1,000 – 10,000 คน การให้บริการจะเน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลเบื้องต้น การฟื้นฟูสมรรถภาพ ดูแลในมิติของสุขภาพ องค์รวม การสร้างความเข้มแข็งให้ครอบครัวและชุมชน

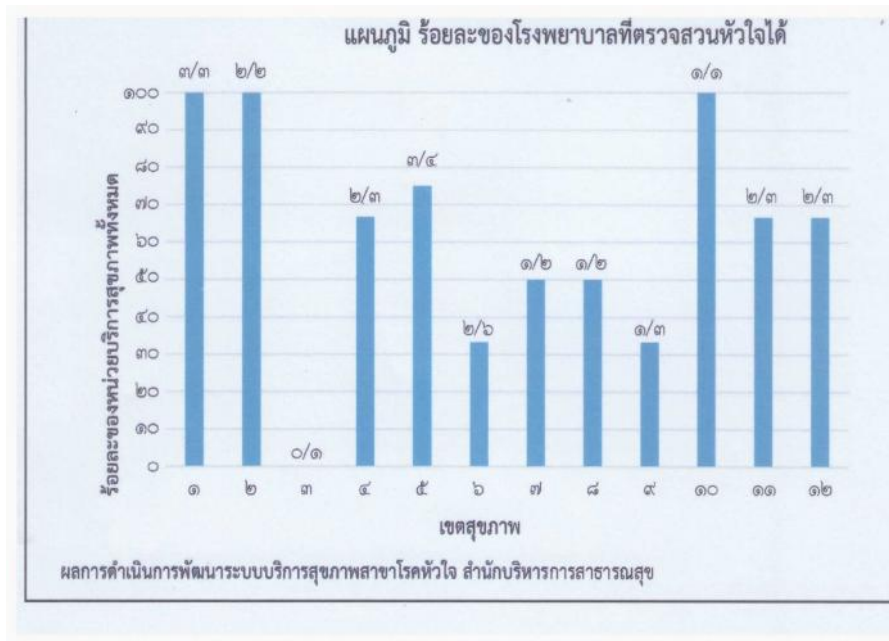
๔.๓ สถานบริการสาธารณสุขชุมชน หรือระดับ P๓ มีจำนวน ๑๘๔ แห่ง เป็นสถานบริการที่จัดตั้งในพื้นที่ทุรกันดาร ห่างไกล หรือตามแนวชายแดน ให้บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค รักษาพยาบาลเบื้องต้นและการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นทีมพี่เลี้ยง

นอกจากนี้ยังมีสถานบริการสาธารณสุขทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคสังกัดกรมต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุขจำนวน ๑๐๑ แห่ง สังกัดกระทรวงที่เกี่ยวข้อง จำนวน ๓๒๓ แห่ง สังกัดองค์กรหน่วยงานอิสระอื่นๆ อีกจำนวน ๔๘ แห่ง ซึ่งเมื่อรวมกันแล้วจะมีความสามารถในการให้บริการสาธารณสุขผสมผสานได้ครบทุกระดับ โดยอาศัยระบบส่งต่อและช่วยเหลือกันและกันภายในเขตสุขภาพ

ในกลุ่มโรคหัวใจที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญนั้น โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและโรคลิ้นหัวใจนับเป็นสาเหตุที่สำคัญ ซึ่งการรักษาที่สำคัญคือ การให้ยาละลายลิ่มเลือดและการขยายหลอดเลือดหัวใจ ปัจจุบันมีหน่วยบริการที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ร้อยละ ๗๕ และหน่วยบริการระดับโรงพยาบาลศูนย์ (A) ที่สามารถให้บริการผ่าตัดหัวใจและขยายหลอดเลือดหัวใจ เพียงร้อยละ ๖๐.๖ เท่านั้น ยังไม่ครอบคลุมประชากรได้ทุกเขตสุขภาพ ถึงแม้จะมีการพัฒนาระบบส่งต่อแบบช่องทางด่วน (Fast Track) ในการให้บริการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในหลายเขตสุขภาพแล้วก็ตามแต่ก็ยังมี ความขาดแคลนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและทีมงาน จำเป็นต้องมีการเพิ่มศักยภาพในการให้บริการและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพของประเทศในสาขาโรคหัวใจ เพื่อสามารถให้บริการประชาชนได้ ครอบคลุมทุกพื้นที่ ดังนี้



แผนภาพที่ ๑๒ แผนภูมิ ร้อยละของโรงพยาบาลที่หายละลายลิ้มเลือดได้



แผนภาพที่ 1๓ แผนภูมิ ร้อยละของโรงพยาบาลที่ตรวจสอบหัวใจได้

เป้าหมายการให้บริการ (Service Delivery)	แผนการพัฒนางานปีงบประมาณ ๒๕๖๑ - ๒๕๖๕							
	ระดับ สถาน บริการ	ปัจจุบัน ให้บริการได้ (แห่ง)	เป้าหมายการพัฒนายภายใน ๕ ปี (แห่ง)					รวม
			๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕	
H๑ บริการให้ยาละลายลิ่ม เลือดในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อ หัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) (ไม่มี Investment)	A	๓๓	-	-	-	-	-	-
	S	๔๘	-	-	-	-	-	-
	M๑	๓๕	-	-	-	-	-	-
	M๒	๘๘	-	-	-	-	-	-
	F๑	๑๗	-	-	-	-	-	-
	F๒	๕๑๖	-	-	-	-	-	-
H๒ บริการผ่าตัดหัวใจ	A	๑๘	๓	๒	๓	๑	๒	๑๑
H๓ บริการขยายหลอดเลือด หัวใจ	A	๑๙	๕	-	๑	-	๑	๗
	S	-	-	-	๑	-	-	๑
H๔ บริการให้ยา Warfarin ในผู้ป่วยโรคหัวใจหลังการผ่าตัด หัวใจหรือขยายหลอดเลือด หัวใจ	A	๓๓	-	-	-	-	-	-
	S	๔๘	-	-	-	-	-	-
	M๑	๓๕	-	-	-	-	-	-
	M๒	๘๘	-	-	-	-	-	-
	F๑	๑๗	-	-	-	-	-	-
	F๒	๕๑๖	-	-	-	-	-	-
H๕ บริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรค หัวใจล้มเหลว	A	๓๑	๒	-	-	-	-	๒
	S	๔๓	๕	-	-	-	-	๕

ตารางที่ 2 เป้าหมาย/สถานการณ์ปัจจุบัน/แผนการพัฒนาระบบบริการสาขาโรคหัวใจ

วิธีการและขั้นตอนการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาโรคหัวใจ

๑. วิธีการติดตาม และประเมินผลมี ๒ วิธี

๑.๑ ติดตาม และประเมินผลตามระบบรายงานข้อมูลทั้งทางเอกสารหนังสือ และผ่านระบบโปรแกรม

๑.๒ ติดตาม และประเมินผลในพื้นที่ โดยทีมตรวจเยี่ยม ติดตาม และประเมินผล

๒. ขั้นตอนการติดตามและประเมินผลแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาหัวใจ ดูตามเป้าประสงค์ เป้าหมายการดำเนินงาน ตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์ งาน/โครงการกิจกรรมหลัก

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเรื่อง การรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในภูมิภาค ในครั้งนี้ กำหนดขอบเขต และวิธีดำเนินการศึกษา ดังนี้

1. วิธีการศึกษา
2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
3. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา
4. การสร้างและหาประสิทธิภาพของเครื่องมือ
5. การเก็บรวบรวมข้อมูล
6. การวิเคราะห์ข้อมูล

๑. วิธีการศึกษา

ในการศึกษา เรื่อง การรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในภูมิภาค เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีการรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data) โดยแบบสอบถาม และการสัมภาษณ์กลุ่มประชากรเป้าหมาย โดยมีขอบเขตของข้อมูลที่ต้องการดังนี้

- ๑.๑ ข้อมูลความพร้อมและการพัฒนาบริการด้านการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
- ๑.๒ ข้อมูลการขยายบริการและการเข้าถึงระบบบริการการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
- ๑.๓ ข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ข้อมูลส่วนบุคคลบุคคล

๒. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

๒.๑ ประชากร ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ บุคลากรทางการแพทย์ในเขตสุขภาพ ทั้งหมด ๑๒ เขตสุขภาพ

๒.๒ กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรทางการแพทย์ในระดับผู้บริหาร ผู้เชี่ยวชาญในเขตสุขภาพ จำนวน ๖ ท่าน ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเลือกตัวอย่างแบบมีจุดมุ่งหมายของการศึกษาเป็นหลัก เฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติภายใต้กรอบการศึกษาซึ่งเป็นบุคคลที่มีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

- ๒.๑.๑ ผู้บริหารระดับสูงด้านสาธารณสุข ได้แก่ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- ๒.๑.๒ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๙
- ๒.๑.๓ ผู้อำนวยการแพทย์เขตสุขภาพ เขตสุขภาพที่ ๙
- ๒.๑.๔ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ด้านโรคหัวใจ

๒.๑.๕ พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญ ด้านโรคหัวใจ

๓. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

การดำเนินการวิจัยนี้ใช้เครื่องมือในการศึกษา ๒ ประเภท ได้แก่ แบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์ ซึ่งผู้วิจัยสร้างและปรับปรุงจากแนวคิดทฤษฎีที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ดังนี้

๓.๑ การสร้างแบบสอบถาม แบบสอบถาม (Questionnaire) ประกอบด้วย ๒ ส่วน

๓.๑.๑ ส่วนที่ ๑ ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน ๕ ข้อ ลักษณะแบบสอบถาม เป็นคำถามปลายเปิดให้เลือกตอบ จำนวน ๓ ข้อ และคำถามปลายเปิดโดยเติมคำในช่องว่าง จำนวน ๑ ข้อ

๓.๑.๒ ส่วนที่ ๒ แบบสอบถามเกี่ยวกับความพร้อมและการพัฒนาบริการด้านการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน ๑๕ ข้อ ลักษณะคำถามให้ผู้ตอบพิจารณาความพร้อมและการพัฒนาบริการด้านการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในเขตสุขภาพที่สังกัด โดยแบ่งคำตอบออกเป็น ๓ ระดับ คือ ๑ = มีความพร้อม ๒ = ยังไม่มีความพร้อมแต่สามารถพัฒนาได้ในระยะสั้น และ ๓ = ยังไม่มีความพร้อมและไม่สามารถพัฒนาได้ในระยะสั้น

๔. การสร้างและหาประสิทธิภาพของเครื่องมือ

๔.๑ การสร้างแบบสัมภาษณ์ ใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview Protocol) เพื่อศึกษาการขยายบริการและการเข้าถึงระบบบริการการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในเขตสุขภาพ เป็นแบบสอบถามปลายเปิด จำนวน ๑๑ ข้อ

๔.๒ การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย นำแบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์ ที่สร้างและตรวจสอบความถูกต้องขั้นต้นด้วยตนเองทำการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปให้ผู้เชี่ยวชาญ ๓ ท่าน เพื่อ พิจารณาประเด็นที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยรวมถึงความถูกต้องเหมาะสม และปรับปรุงแก้ไขทางด้านภาษาตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

๕. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้รวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยปฏิบัติตามขั้นตอน ดังนี้

๕.๑ ขออนหนังสือแนะนำตัวผู้วิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย โดยแนบกำหนดการนัดหมายที่จะไปสัมภาษณ์

๕.๒ ผู้วิจัยส่งแบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์ ล่วงหน้า ๓ วันก่อนวันที่นัดสัมภาษณ์ด้วยตนเอง

๕.๓ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) ซึ่งเป็นการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant Interview) จำนวน ๖ คน โดยทำการสัมภาษณ์เป็นเวลา ๑ - ๒ ชั่วโมง ต่อ ๑ คน ด้วยตัวเอง

๖. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป แบ่งการวิเคราะห์เป็น ๓ ส่วน ดังนี้

๖.๑ แบบสอบถามตอนที่ ๑ เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ทำการวิเคราะห์โดยการแยกข้อมูลตามเพศ อายุ ประสบการณ์การทำงาน ตำแหน่งปัจจุบัน และเขตสุขภาพ โดยสถิติพรรณนา หาค่าจำนวนความถี่ ร้อยละ

๖.๒ แบบสอบถามตอนที่ ๒ ความพร้อมและการพัฒนาบริการด้านการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยสถิติเชิงพรรณนา หาค่าจำนวนความถี่ ร้อยละ

๖.๓ แบบสัมภาษณ์ผู้วิจัย ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

๖.๓.๑ ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

๖.๓.๒ จำแนกและจัดระบบข้อมูล เป็นการนำข้อมูลที่ได้นำมาจำแนกและ จัดหมวดหมู่ออกให้เป็นระบบ

๖.๓.๓ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการตีความสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย (Analytic induction) เป็นการนำข้อมูลที่ได้จากข้อสัมภาษณ์ตามความคิดเห็น ความรู้ของผู้ตอบมาวิเคราะห์ เพื่อหาบทสรุป

๖.๓.๔ นำเสนอข้อมูลเป็นข้อความแบบบรรยาย

บทที่ ๔

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาขีดความสามารถและขยายบริการการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจในโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ตามเครือข่ายการบริการ (Service Plan) โดยเน้นการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ และเพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจ ให้รวดเร็วได้มาตรฐานและเป็นธรรม ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแบบสัมภาษณ์ที่นักวิจัยสร้างขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง ทำการเก็บข้อมูลโดยนักวิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๖๐ ถึง ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๖๐ ซึ่งผลการศึกษานำเสนอเป็น ๒ ตอน ดังนี้

ตอนที่ ๑ ความพร้อมและการพัฒนาบริการการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ตอนที่ ๒ การขยายบริการและการเข้าถึงระบบบริการการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ตอนที่ ๑ ความพร้อมและการพัฒนาบริการการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ความพร้อมและการพัฒนาบริการการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแบ่งออกเป็น ๓ ประเภท คือ มีความพร้อมแล้ว ไม่พร้อมแต่สามารถพัฒนาได้ในระยะสั้น และไม่พร้อมและไม่สามารถพัฒนาได้ในระยะสั้น เมื่อนำมาหาค่าเฉลี่ยสามารถแบ่งระดับความพร้อมและการพัฒนาออกเป็น ๓ ระดับ คือพร้อมมาก พร้อมปานกลาง และพร้อมน้อย ดังแสดงได้ใน ตารางที่ 4.1

ตารางที่ ๓ แสดงระดับความพร้อมและการพัฒนาบริการการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ความพร้อมและการพัฒนาบริการ	ระดับความพร้อมและการพัฒนาการบริการ			\bar{X}	SD	ระดับ
	พร้อม	ไม่พร้อม พัฒนาได้	ไม่พร้อม			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
เขตสุขภาพของท่านมีนโยบายที่จะพัฒนา STEMI Fast Track	6 (100.00)	0	0	3.00	0	มาก
โรงพยาบาลในเขตของท่านมีอายุรแพทย์ที่สามารถเข้าร่วม STEMI Fast Track	6 (100.00)	0	0	3.00	0	มาก
โรงพยาบาลในเขตของท่านมีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินที่สามารถเข้าร่วม STEMI Fast Track	3 (50.00)	3 (50.00)	0	2.50	.55	มาก

จากตารางที่ ๓ พบว่าความพร้อมและการพัฒนาบริการการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยรวมอยู่ในระดับที่มีความพร้อมมาก ($\bar{x} = 2.63$, $SD = .32$) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยความพร้อมมากที่สุดมี 3 ด้าน คือ เขตสุขภาพของท่านมีนโยบายที่จะพัฒนา STEMI Fast Track โรงพยาบาลในเขตของท่านมีอายุรแพทย์ที่สามารถเข้าร่วม STEMI Fast Track โรงพยาบาลในเขตของท่านมีการอบรมพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายและทีมงาน STEMI Fast Track ของโรงพยาบาล และโรงพยาบาลในเขตของท่านมีระบบการขอคำปรึกษา (consult system) การดูแลผู้ป่วย STEMI กับโรงพยาบาลอื่นอย่างมีประสิทธิภาพ ($\bar{x} = 3.00$) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยความพร้อมปานกลางมี 3 ด้าน คือ มีพยาบาลร่วมทีม STEMI Fast Track ผ่านการอบรม (หลักสูตรมหาวิทยาลัย/กระทรวงสาธารณสุข/จัดอบรมเอง) อย่างเพียงพอ โรงพยาบาลในเขตของท่านมีห้องตรวจปฏิบัติการสวนหัวใจ (CATH LAB) หรือ มี โรงพยาบาลเครือข่ายที่สามารถให้บริการอย่างสะดวก ตลอด 24 ชั่วโมง และมีจำนวนบุคลากร แพทย์ พยาบาล และสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพียงพอกับภาระงาน ($\bar{x} = 2.33$, $SD = .82$, $\bar{x} = 2.33$, $SD = .82$ และ $\bar{x} = 2.00$, $SD = .63$ ตามลำดับ)

ตอนที่ ๒ การขยายบริการและการเข้าถึงระบบบริการการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๖ ท่าน ประกอบด้วยผู้บริหาร ผู้ตรวจราชการ ผู้อำนวยการแพทย์เขตสุขภาพ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจและทรวงอก และพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งมีรายละเอียด ตามข้อสัมภาษณ์ ดังนี้

ข้อคำถามที่ ๑ จุดแข็งของการบริหารจัดการด้านการบริการสุขภาพด้านการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในเขตสุขภาพของท่านคืออะไร

๑.๑ ท่านผู้บริหาร ตอบว่า “การพัฒนาเครือข่ายในระดับเขต ทำให้เป็นการเพิ่มการเข้าถึงบริการในพื้นที่

๑.๒ ผู้ตรวจราชการ ตอบว่า “ เครือข่ายระบบบริการสุขภาพในเขตสุขภาพที่ ๙ มีระบบ Fast Tract STEMI และระบบการวินิจฉัย EKG Consultation ในจังหวัดชัยภูมิมีการทำ SMBP คือการมีแบบบันทึกติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้านโดย อสม. สำหรับผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงเพื่อนำมาพบแพทย์ ก่อนให้การรักษาด้วยยา ส่วนในจังหวัดนครราชสีมา โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีการคัดกรอง CVD Risk ในประชาชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป แล้วนำมาจัดทำเป็นระบบรายงาน CVD Risk อีกจังหวัด คือบุรีรัมย์ มีคู่มือที่ใช้ดูแลผู้ป่วย STEMI สำหรับบุคลากรในทีมสหสาขาวิชาชีพ แบบไร้รอยต่อในจังหวัดที่เป็นแนวทางเดียวกัน มีแนวทางพัฒนาสมรรถนะด้านการพยาบาล และการประเมินสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วย STEMI สำหรับหัวหน้าเพื่อใช้ประเมินสมรรถนะของพยาบาลให้มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย และยังมีการนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการร่วมกับการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบุรีรัมย์มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้รับบริการ”

๑.๓ ผู้อำนวยการแพทย์เขตสุขภาพ ตอบว่า “การมีระบบเครือข่าย ประสานงาน ส่งต่อกรณีผู้ป่วยที่มีการทำ PCI การให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ตลอด 24 ชั่วโมง

๑.๔ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (คนที่ ๑) ตอบว่า “การมีโรงพยาบาลที่สามารถทำ Primary PCI ได้หลายโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ”

๑.๕ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (คนที่ ๒) “การมีระบบเครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วย และมีการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายกับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ชัดเจน”

๑.๖ พยาบาลวิชาชีพ ตอบว่า “การมีนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุขที่มีการสื่อสารลงสู่ระดับปฏิบัติ มีผู้ตรวจเขตสุขภาพตลอดจนที่การลงนิเทศของกรมการแพทย์เพื่อรับฟังและให้ข้อเสนอแนะและช่วยเหลือพื้นที่ และการมีระบบเครือข่ายบริการสุขภาพที่เข้มแข็ง มีความร่วมมือกันในเขตสุขภาพ”

ข้อคำถาม	สรุปประเด็น
๑. จุดแข็งของการบริหารจัดการด้านการบริการสุขภาพด้านการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในเขตสุขภาพของท่านคืออะไร	<ul style="list-style-type: none"> - มีการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม - การเพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชน - บุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการพัฒนาสมรรถนะ - จำนวนโรงพยาบาลที่มีศักยภาพ - การมีคู่มือและแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน - เพิ่มการประสานงานในเขตสุขภาพและหน่วยบริการ - เพิ่มศักยภาพของการให้บริการอย่างเป็นระบบและเป็นเครือข่าย

ตารางที่ ๔ สรุปประเด็นข้อคำถามที่ ๑

ข้อคำถามที่ ๒ จุดอ่อนของการบริหารจัดการด้านการบริการสุขภาพด้านการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในเขตสุขภาพของท่าน คืออะไร

๒.๑ ท่านผู้บริหาร ตอบว่า “การประสานเชื่อมต่อของเครือข่ายแต่ละระดับยังแตกต่างกันระหว่างเขต ”

๒.๒ ผู้ตรวจราชการ ตอบว่า “ มีโรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งในเขตสุขภาพที่ขาดความมั่นใจในการวินิจฉัยจึงทำให้ไม่สามารถรักษาผู้ป่วยตาม CGP ได้เท่าที่ควร การที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ล่าช้า และเทคโนโลยีการเก็บข้อมูลในเครือข่ายไม่ครอบคลุมและไม่เป็นปัจจุบัน อีกทั้งจำนวนกลุ่มเป้าหมายก็มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น”

๒.๓ ผู้อำนวยการแพทย์เขตสุขภาพ ตอบว่า “ระบบข้อมูลสารสนเทศ”

๒.๔ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (คนที่ ๑) “ระบบการวินิจฉัยโรค และการส่งต่อผู้ป่วยที่ล่าช้า”

๒.๕ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (คนที่ ๒) “อัตรากำลังของบุคลากรในโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลชุมชนมีน้อยกว่าภาระงานจริงทำให้เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาคุณภาพในการรักษาผู้ป่วยให้ได้อย่างต่อเนื่อง”

๒.๖ พยาบาลวิชาชีพ ตอบว่า “ขาดแคลนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านโรคหัวใจ เช่น บางโรงพยาบาลไม่มี Cardiologist มีแต่อายุรแพทย์ รวมถึงการขาดแคลนพยาบาลที่จบหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทาง ทำให้ขาดความมั่นใจในการให้บริการผู้ป่วย และยังมีประเด็นปัญหาการRefer ผู้ป่วยได้ช้า บางโรงพยาบาลขาดบุคลากรที่สามารถทำ ACLS และการใช้เครื่องมือระหว่างการ Refer รถที่ใช้ในการ Refer ผู้ป่วยมีเพียง 1 คัน เมื่อใช้ส่งผู้ป่วยอื่นอยู่ก็ไม่

สามารถส่งต่อผู้ป่วยอีกคนหนึ่งได้ รวมถึงผู้ป่วยที่ใช้สิทธิข้าราชการ และบัตรประกันสังคม จะทำการ Refer ได้ยากมากเพราะไม่มีโรงพยาบาลไหนรับ Refer”

ข้อคำถาม	สรุปประเด็น
๒. จุดอ่อนของการบริหารจัดการด้านการบริการสุขภาพด้านการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในเขตสุขภาพของท่าน คืออะไร	<ul style="list-style-type: none"> - ระดับการพัฒนาที่มีความแตกต่างกันในแต่ละเขตสุขภาพ - จำนวนและสมรรถนะของบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่เพียงพอ - ศักยภาพของสถานบริการที่ต่างกัน - การขาดความมั่นใจในสมรรถนะของสถานพยาบาลและบุคลากร - ระบบสนับสนุนยังไม่เข้มแข็งเพียงพอ เช่น ระบบข้อมูลสารสนเทศ ความล่าช้าในการประสานงานในการส่งต่อผู้ป่วย และ ความแตกต่างของแต่ละระบบสุขภาพที่มีผลต่อการประสานงาน

ตารางที่ ๕ สรุปประเด็นข้อคำถามที่ ๒

ข้อคำถามที่ ๓ ความพอเพียงและศักยภาพของสถานบริการในภูมิภาคในการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในเขตสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร

๓.๑ ท่านผู้บริหาร ตอบว่า “ภาพรวมประเทศถือว่าเพียงพอต่อการเข้าถึงบริการ แต่อย่างไรก็ตามศักยภาพของแม่ข่ายในแต่ละเขตสุขภาพยังมีความแตกต่างกัน ”

๓.๒ ผู้ตรวจราชการ ตอบว่า “การมีศูนย์ที่มีความเชี่ยวชาญในระดับสูงที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา และศูนย์หัวใจที่โรงพยาบาลบุรีรัมย์ เพื่อรองรับการให้บริการรักษาประชาชนในจังหวัด บุรีรัมย์ และสุรินทร์ ซึ่งปัจจุบันสามารถให้บริการ Cath Lab ได้แต่ยังมาสามารถทำ Open Heart ได้”

๓.๒.๑ และ “ โรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปทุกแห่งในเขตสุขภาพ จำนวน ๗๙ แห่ง สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด ในผู้ป่วย STEMI ได้ ๑๐๐ เปอร์เซ็นต์ โดยโรงพยาบาลหัวราช จังหวัด บุรีรัมย์ ซึ่งมีระยะทางห่างจาก โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ๑๕ กิโลเมตร จึงให้บริการผู้ป่วยด้วยวิธี PPCI จำนวน ๑ ราย ทำให้ร้อยละการให้ SK ของโรงพยาบาลระดับ F2 อยู่ที่ ร้อยละ ๙๘.๗๕ ”

๓.๓ ผู้อำนวยการแพทย์เขตสุขภาพ ตอบว่า “ มีศักยภาพในการรักษาที่มีการทำ PCI และการผ่าตัด มีห้อง Cath Lab ๓ จังหวัด จาก ๔ จังหวัดในเขตสุขภาพ ”

๓.๔ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (คนที่ ๑) “ยังไม่เพียงพอ และศักยภาพโดยรวมของเขตยังไม่ดีพอ”

๓.๕ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (คนที่ ๒) “ มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยแต่ด้วยข้อจำกัดด้านบุคลากรทำให้ศูนย์หัวใจบางศูนย์ในเขตสุขภาพยังไม่สามารถให้บริการเปิดหลอดเลือดหัวใจโดยการ ทำ Primary PCI ได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง”

๓.๖ พยาบาลวิชาชีพ ตอบว่า “โรงพยาบาลที่เป็นแม่ข่ายส่วนใหญ่มีศักยภาพเพียงพอในการให้บริการ แต่ยังต้องการการพัฒนาทางด้านวิชาการ และความเป็นเฉพาะทางด้านทรวงอก เช่น Interventionist Cardiologist แพทย์ CVT และพยาบาลเฉพาะทาง”

๓.๖.๑ “การทำ PPCI ตลอด 24 ชั่วโมงยังมีโรงพยาบาลที่ทำได้น้อย เนื่องจากบุคลากรไม่เพียงพอ เช่นบางแห่งมี Interventionist เพียง 1 คน เป็นต้น มีงานบางอย่างที่สามารถใช้ นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอกช่วยได้ เช่น การทำ Echo แทนแพทย์ ซึ่งจะช่วยลด Workload ของแพทย์ลง”

ข้อคำถาม	สรุปประเด็น
๓. ความพอเพียงและศักยภาพของสถานบริการในภูมิภาคในการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในเขตสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร	<ul style="list-style-type: none"> - จำนวนสถานบริการพอเพียงแต่ศักยภาพที่แตกต่างกันของโรงพยาบาลแม่ข่าย - ความแตกต่างของศักยภาพของโรงพยาบาลในแต่ละระดับ - การพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลศูนย์ - ศักยภาพของโรงพยาบาลศูนย์ยังไม่เป็นที่พอใจ - การขาดแคลนบุคลากรจากข้อจำกัดของจำนวนและสมรรถนะ และความต้องการการพัฒนาต่อเนื่อง

ตารางที่ ๖ สรุปประเด็นข้อคำถามที่ ๓

ข้อคำถามที่ ๔ ความพร้อมและความทันสมัยทางด้านเครื่องมือการแพทย์ในให้บริการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันครอบคลุมในเขตสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด

๔.๑ ท่านผู้บริหาร ตอบว่า “ภาพรวมประเทศถือว่าเพียงพอต่อการเข้าถึงบริการ แต่อย่างไรก็ตามศักยภาพของแม่ข่ายในแต่ละเขตสุขภาพยังมีความแตกต่างกัน ”

๔.๒ ผู้ตรวจราชการ ตอบว่า “ มีความพร้อมอย่างมาก ”

๔.๓ ผู้อำนวยการแพทย์เขตสุขภาพ ตอบว่า “ ค่อนข้างมากแต่ยังไม่ครอบคลุมเนื่องจากมีจำนวนประชากรในเขตสุขภาพมากเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนบุคลากรที่มีอยู่ ”

๔.๔ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (คนที่ ๑) “ยังไม่ครอบคลุม”

๔.๕ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (คนที่ ๒) “มีความพร้อมด้านเครื่องมือทางการแพทย์ที่จะรักษาผู้ป่วยแต่ก็มีแนวโน้มต้องเพิ่มห้องสวนหัวใจและห้องผ่าตัดในอนาคต”

๔.๖ พยาบาลวิชาชีพ ตอบว่า “โรงพยาบาลระดับแม่ข่ายส่วนใหญ่มีความพร้อมด้านเครื่องมือทางการแพทย์”

ข้อคำถาม	สรุปประเด็น
๔. ความพร้อมและความทันสมัยทางด้านเครื่องมือการแพทย์ในให้บริการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันครอบคลุมในเขตสุขภาพของท่าน	<ul style="list-style-type: none"> - เครื่องมือแพทย์มีความพร้อม แต่ยังไม่พอเพียง ต้องการเพิ่มจำนวนครุภัณฑ์และงบลงทุนเพิ่มเติม - นอกจากนี้ยังมีแตกต่างกันทางด้านเครื่องมือการแพทย์ในแต่ละเขตสุขภาพโดยเฉพาะในระดับโรงพยาบาลแม่ข่าย

ตารางที่ ๗ สรุปประเด็นข้อคำถามที่ ๔

ข้อคำถามที่ ๕ ความสามารถของแพทย์ และพยาบาลในการให้บริการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบในเขตสุขภาพของท่านพลันสร้างความเชื่อมั่นศรัทธาให้กับผู้รับบริการได้เพียงใด

๕.๑ ท่านผู้บริหาร ตอบว่า “ภาพรวมประเทศถือว่าเพียงพอต่อการเข้าถึงบริการ แต่อย่างไรก็ตามศักยภาพของแม่ข่ายในแต่ละเขตสุขภาพยังมีความแตกต่างกัน”

๕.๒ ผู้ตรวจราชการ ตอบว่า “ ผู้รับบริการมีความเชื่อมั่น ศรัทธาต่อความสามารถของแพทย์ และพยาบาลในการให้บริการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมาก”

๕.๓ ผู้อำนวยการแพทย์เขตสุขภาพ ตอบว่า “ ค่อนข้างมากเนื่องจากมีแพทย์เฉพาะทาง และพยาบาลเฉพาะทาง รวมถึงเป็นสถาบันที่ผลิตแพทย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข”

๕.๔ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (คนที่ ๑) “ได้ในระดับหนึ่งแต่ยังไม่ดีพอ เพราะมีอัตรา In-hospital Mortality รวมของเขตยังอยู่ที่ระดับมากกว่า ๑๐ เปอร์เซ็นต์”

๕.๕ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (คนที่ ๒) “ สามารถสร้างความเชื่อมั่นศรัทธาได้เป็นอย่างดี”

๕.๖ พยาบาลวิชาชีพ ตอบว่า “แพทย์และพยาบาลมีความสามารถในการให้บริการรักษา โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยเห็นได้จากปริมาณโรงพยาบาลที่สามารถให้ยาได้สูง แต่ยังไม่เพียงพอในการประเมินความเชื่อมั่นศรัทธา และด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วย”

ข้อคำถาม	สรุปประเด็น
๕. ความสามารถของแพทย์ และพยาบาลในการให้บริการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบในเขตสุขภาพของท่านพลันสร้างความเชื่อมั่นศรัทธาให้กับผู้รับบริการได้เพียงใด	<ul style="list-style-type: none"> - เครื่องมือแพทย์มีความพร้อม แต่ยังไม่พอเพียง ต้องการเพิ่มจำนวนครุภัณฑ์และงบลงทุนเพิ่มเติม - นอกจากนี้ยังมีแตกต่างกันทางด้านเครื่องมือการแพทย์ในแต่ละเขตสุขภาพโดยเฉพาะในระดับโรงพยาบาลแม่ข่าย

ตารางที่ ๘ สรุปประเด็นข้อคำถามที่ ๕

ข้อคำถามที่ ๖ ท่านคิดว่าสิ่งสำคัญ ๓ ประการแรกที่จะส่งผลสำเร็จในการเข้าถึงบริการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในภูมิภาคของท่าน คืออะไร

๖.๑ ท่านผู้บริหาร ตอบว่า “ศักยภาพของโรงพยาบาลแม่ข่าย กับการบริหารจัดการในเขต”

๖.๒ ผู้ตรวจราชการ ตอบว่า “ ประการที่ ๑ คือ ประชาชนได้รับการคัดกรอง และค้นหาความเสี่ยงต่อโรคหัวใจเพื่อทำการควบคุมและป้องกัน ข้อที่ ๒ คือ ประชาชนเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และได้รับการรักษาตาม CPG ข้อสุดท้าย คือ บุคลากรทางการแพทย์ เช่น อายุรแพทย์หัวใจ , CVT , นักเทคโนโลยีหัวใจ และพยาบาล case manager ที่มีจำนวนเพียงพอ มีความรู้ความสามารถในการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนมีศักยภาพด้านการใช้เครื่องมือที่ทันสมัย”

๖.๓ ผู้อำนวยการแพทย์เขตสุขภาพ ตอบว่า “เรื่องที่ ๑ คือ Health Literacy ของผู้ป่วยในเรื่อง STEMI Alert อันดับ ๒ คือการมีระบบเครือข่ายที่ดี และสุดท้าย คือ องค์ความรู้ของบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวกับ STEMI”

๖.๔ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (คนที่ ๑) “อันที่ ๑ คือ Self-Concerning ของคนไข้เกี่ยวกับอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ประการที่ ๒ บุคลากรทางการแพทย์สามารถให้การวินิจฉัยโรคได้อย่างรวดเร็ว และ 3 คือ การให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน ๓๐ นาที หรือการทำ Primary PCI ภายใน ๙๐ นาทีหลังการวินิจฉัย”

๖.๕ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (คนที่ ๒) “ข้อ ๑ คือ ความร่วมมือกันระหว่างทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องในเครือข่าย ข้อ ๒ มีความสมดุลกันระหว่างอัตรากำลังของบุคลากรกับภาระงาน และ ๓ คือ ผู้ป่วยควรมีความรู้เกี่ยวกับโรค และสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็วเมื่อมีอาการกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน”

๖.๖ พยาบาลวิชาชีพ ตอบว่า “๑ คือ การประชาสัมพันธ์เรื่องอาการเตือนของการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพื่อให้ผู้ป่วยไปพบแพทย์ได้เร็ว ข้อ ๒ คือ บุคลากรมีความรู้เฉพาะทางด้าน การรักษาพยาบาลเพื่อให้มีความพร้อมในการให้บริการให้ยาละลายลิ่มเลือดและ PPCI ได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง และ ๓ คือ การสนับสนุนของผู้บริหารระดับสูงและการติดตามในด้านคุณภาพอย่างต่อเนื่อง”

ข้อความคำถาม	สรุปประเด็น
๖. ท่านคิดว่าสิ่งสำคัญ ๓ ประการแรกที่จะส่งผลสำเร็จในการเข้าถึงบริการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในภูมิภาคของท่าน คืออะไร	<ul style="list-style-type: none"> - การสนับสนุนจากผู้บริหาร - การรับรู้และความรู้ของประชาชนเรื่องโรคหัวใจ - การบริหารจัดการและความร่วมมือของทีมในเครือข่าย มีมาตรฐานการรักษา - จำนวนบุคลากรที่พอเพียงและศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์

ตารางที่ ๙ สรุปประเด็นข้อความคำถามที่ ๖

ข้อความคำถามที่ ๗ ท่านคิดว่าอุปสรรคสำคัญที่ควรแก้ไขอย่างเร่งด่วน ๓ ประการแรกในการเข้าถึงบริการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในภูมิภาคของท่านได้แก่

๗.๑ ท่านผู้บริหาร ตอบว่า “ศักยภาพของโรงพยาบาลแม่ข่าย กับการบริหารจัดการในเขต ”

๗.๒ ผู้ตรวจราชการ ตอบว่า “ ประการที่ ๑ คือ การคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงเพื่อการป้องกัน และรณรงค์ STEMI Alert ให้แก่ประชาชนเพื่อการเข้าถึงบริการโดยบูรณาการร่วมกับบริการสุขภาพอำเภอ ข้อที่ ๒ คือ เร่งรัดการดำเนินงาน มาตรการ Triple A ที่ประกอบด้วย Alarm เน้นการคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยง การใช้สิ่งพิมพ์โปสเตอร์ , วิทยุชุมชน และอสม. Alert ทำการพัฒนาองค์ความรู้ในเรื่อง ACS ACLS แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง และ Alive ข้อสุดท้าย คือ อุปสรรคทางการแพทย์ที่ทันสมัย และจำเป็น รวมทั้งการเพิ่มบุคลากรทางการแพทย์ เช่น อายุรแพทย์หัวใจ, CVT , นักเทคโนโลยีหัวใจ และพยาบาล case managerในโรงพยาบาลระดับ NODE รวมทั้ง

การจัดหลักสูตรอบรมให้มีความรู้ความเข้าใจในการวินิจฉัยดูแล รักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้อย่างมีประสิทธิภาพตาม CPG”

๗.๓ ผู้อำนวยการแพทย์เขตสุขภาพ ตอบว่า “เรื่องที่ ๑ คือ STEMI Alert ยังไม่ดีพอ อันดับ ๒ คือระบบข้อมูลสารสนเทศยังขาดข้อมูลที่ครบถ้วน และสุดท้าย คือ ระบบการส่งต่อผู้ป่วยมีความล่าช้า”

๗.๔ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (คนที่ ๑) “อันที่ ๑ คือ คนไข้ต้องรีบติดต่อ EMS โทร 1668 อย่างรวดเร็ว ประการที่ ๒ สถานพยาบาลต้องมีรถพยาบาลเตรียมพร้อมเพื่อรับคนไข้มารักษาในโรงพยาบาล และ ๓ คือ ต้องมีเตียงสำรองไว้ใน CCU เพื่อรองรับผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยเฉพาะ”

๗.๕ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (คนที่ ๒) “ข้อ ๑ คือ การเพิ่มศักยภาพโรงพยาบาลในเครือข่ายให้สามารถดูแลและรักษาผู้ป่วยได้ในโรงพยาบาลทุกระดับ ข้อ ๒ ค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดโรค เช่นผู้ป่วยเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูงและให้ความรู้ในการสังเกตอาการตัวเอง ถ้ามีอาการสงสัยเป็นโรคให้รีบไปโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษา และ ๓ คือเพิ่มอัตราการลงบุคลากรในทีมให้สอดคล้องกับภาระงาน”

๗.๖ พยาบาลวิชาชีพ ตอบว่า “๑ คือ ฐานข้อมูลควรเชื่อมต่อกันได้ และความถูกต้องในการรายงานข้อมูลโดยใช้ Program เพื่อการตัดสินใจที่ถูกต้อง ข้อ ๒ คือ การให้ยา SK ในโรงพยาบาลระดับ F3ไม่สามารถเรียกเก็บเงินจาก สปสช.ได้ซึ่งทำให้เขตบริการสุขภาพที่สามารถให้ SK ใน F2 ได้เต็มที่แล้ว”

ข้อคำถาม	สรุปประเด็น
๗. อุปสรรคสำคัญที่ ควรแก้ไขอย่างเร่งด่วน ๓ ประการแรกในการเข้าถึงบริการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในภูมิภาคของท่าน	<ul style="list-style-type: none"> - การต้องเพิ่มศักยภาพโรงพยาบาลแม่ข่าย - การจัดระบบส่งต่อและเพิ่มประสิทธิภาพการส่งต่อและรับผู้ป่วย - การพัฒนาระบบการบริหารจัดการ - การสร้างการรับรู้ของประชาชน - การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร - การพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาล - การพัฒนา การค้นหาผู้ป่วย - การเพิ่มบุคลากร ทางกายภาพและการจัดระบบเรียกเก็บเงินที่มีประสิทธิภาพ

ตารางที่ ๑๐ สรุปประเด็นข้อคำถามที่ ๗

ข้อคำถามที่ ๘ ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมสำหรับการพัฒนา

๘.๑ ข้อเสนอแนะผู้บริหาร คือ การมีส่วนร่วมที่ชัดเจนมากขึ้นของกรมวิชาการซึ่งในที่นี้จะหมายถึง กรมการแพทย์

๘.๒ ข้อเสนอแนะผู้ตรวจราชการ คือ การจัดตั้ง Special Clinic เช่น Warfarin Clinic Heart Failure Clinic ที่มีมาตรฐานกลาง มีการวางแผนการดูแลผู้ป่วย NSTEMI ที่มีแนวโน้มสูงขึ้น พัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องที่เป็นแนวทางเดียวกัน พัฒนาระบบ IT / การส่งต่อ/การสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ให้มีความเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วย สนับสนุนการใช้ยา TNK แทน SK มรการส่งเสริมให้มีระบบ Case Manager มาใช้ และสนับสนุนให้มี Case Manager เฉพาะโรค/เฉพาะสาขาที่มีหน้าที่ในการประสานการรับส่งต่อผู้ป่วยและประสานข้อมูลติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน และมีการทบทวน

ขั้นตอนการปฏิบัติการวินิจฉัย การดูแลรักษา ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เป็นสหสาขาวิชาชีพ

๘.๓ ข้อเสนอแนะผู้อำนวยการแพทย์เขตสุขภาพ ควรมีการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศให้เป็นฐานข้อมูลกลางของเขตสุขภาพและของประเทศเพื่อเข้าใจว่า ปัญหา และ GAPของการรักษาอยู่ที่ใดเพื่อทำการปรับแก้ได้อย่างถูกต้อง

๘.๔ ข้อเสนอแนะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (คนที่ ๑) ไม่มีข้อเสนอแนะ

๘.๕ ข้อเสนอแนะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (คนที่ ๒) มีการจัดเก็บข้อมูลที่มีคุณภาพและเป็นระบบเพื่อใช้ข้อมูลมาประเมินระบบการดูแลผู้ป่วย และสามารถนำมาพัฒนางานการรักษาก่อนผู้ป่วยได้อย่างตรงจุด

๘.๖ ข้อเสนอแนะพยาบาลวิชาชีพ ข้อมูลอัตราการตายของเขตสุขภาพบางเขตสูงมากยังไม่สอดคล้องกับศักยภาพของโรงพยาบาล F2 ที่ให้ยา ๑๐๐ % จึงควรพัฒนาในเรื่องคุณภาพของการให้ยาละลายลิ่มเลือดในโรงพยาบาลตั้งแต่ F2 ขึ้นไป เพราะบางโรงพยาบาลไม่สามารถให้ยาได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง ทำให้การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยลดลง

ข้อคำถาม	สรุปประเด็น
๘. ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมสำหรับการพัฒนา	<ul style="list-style-type: none"> - การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพเฉพาะทางที่มีมาตรฐาน - การพัฒนาศักยภาพของสถานบริการ - การบริหารจัดการจำนวนและพัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางการแพทย์ - การพัฒนาระบบสารสนเทศ - เพิ่มการมีส่วนร่วมของกรมวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเขตสุขภาพ

ตารางที่ ๑๑ สรุปประเด็นข้อคำถามที่ ๘

สรุป

จากผลการวิจัยนี้สรุปได้ว่าความพร้อมและการพัฒนาบริการการรักษารโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยภาพรวมมีความพร้อมมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งการที่เขตสุขภาพมีนโยบายที่จะพัฒนา STEMI Fast Track การมีแพทย์ที่สามารถเข้าร่วม STEMI Fast Track ได้ มีการอบรมพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายและมีระบบการขอคำปรึกษา กับโรงพยาบาลอื่นอย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนที่ยังมีความไม่พร้อมเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอต่อภาระงานที่มีอยู่แต่ก็ยังสามารถพัฒนาได้ในระยะสั้น ในส่วนของการขยายบริการและการเข้าถึงระบบบริการการรักษารโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันนั้นมีความคิดเห็นจากผู้บริหารหลายระดับและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจและทรวงอกเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการโดยสรุปได้ ดังนี้ มีความพอเพียงของอุปกรณ์เครื่องมือในเขตสุขภาพแต่ยังไม่ได้ใช้อย่างเต็มศักยภาพเนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ขาดแคลนไม่เหมาะสมกับภาระงาน ความแตกต่างทางด้านศักยภาพของการรักษาของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในแต่ละเขตสุขภาพ ระบบฐานข้อมูลที่ยังไม่ครอบคลุมที่จะเชื่อมโยงแนวทางการปฏิบัติให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ทำให้การเข้าถึงบริการของประชาชนยังไม่สมบูรณ์ในบางเขตสุขภาพ

บทที่ ๕

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาพัฒนาขีดความสามารถและขยายบริการการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจในโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ตามเครือข่ายการบริการ (Service Plan) และเพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจ ให้รวดเร็วได้มาตรฐานและเป็นธรรม จำนวนโดยการสัมภาษณ์ ผู้บริหาร ผู้ตรวจราชการ ผู้อำนวยการแพทย์เขตสุขภาพ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ด้านโรคหัวใจและทรวงอก และพยาบาลวิชาชีพ โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนและข้อตกลงต่างๆ ในการวิจัยอย่างเคร่งครัดซึ่งสามารถนำมาสรุปผลการวิจัยและอภิปรายผลรวมถึงการให้ข้อเสนอแนะในการวิจัยดังต่อไปนี้

๑.สรุปผลการวิจัย

๑.๑ วัตถุประสงค์การวิจัย

๑.๑.๑ เพื่อพัฒนาขีดความสามารถและขยายบริการการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจในโรงพยาบาลระดับต่างๆ ตามเครือข่ายการบริการ (Service Plan)

๑.๑.๒ เพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจ ให้รวดเร็วได้มาตรฐานและเป็นธรรม

๑.๒ วิธีการดำเนินการวิจัย

๑.๒.๑ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ บุคลากรทางการแพทย์ในระดับผู้บริหาร ผู้เชี่ยวชาญในเขตสุขภาพ จำนวน ๖ ท่าน ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเลือกตัวอย่างแบบมีจุดมุ่งหมายของการศึกษาเป็นหลัก เฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติภายใต้กรอบการศึกษาซึ่งเป็นบุคคลที่มีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้ ผู้บริหารระดับสูง ด้านสาธารณสุข ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ผู้อำนวยการแพทย์เขตสุขภาพ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ด้านโรคหัวใจและทรวงอก และพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญ ด้านโรคหัวใจและทรวงอก

๑.๒.๒ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามเกี่ยวกับความพร้อมและการพัฒนาบริการด้านการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน ๑๕ ข้อ และแบบสัมภาษณ์แบบกึ่ง เพื่อศึกษาการขยายบริการและการเข้าถึงระบบบริการการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในเขตสุขภาพ จำนวน ๘ ข้อ

๑.๒.๓ การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคำนวณหาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในแบบสอบถามความพร้อมและการพัฒนาบริการส่วนการสัมภาษณ์ใช้การตีความสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย

สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้ ความพร้อมและการพัฒนาบริการการรักษารโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยภาพรวมมีความพร้อมมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งการที่เขตสุขภาพมีนโยบายที่จะพัฒนา STEMI Fast Track การมีแพทย์ที่สามารถเข้าร่วม STEMI Fast Track ได้ มีการอบรมพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายและ มีระบบการขอคำปรึกษา กับโรงพยาบาลอื่นอย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนที่ยังมีความไม่พร้อมเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอต่อภาระงานที่มีอยู่แต่ก็ยังสามารถพัฒนาได้ในระยะสั้น ในส่วนของการขยายบริการและการเข้าถึงระบบบริการการรักษารโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันนั้นมีความคิดเห็นจากผู้บริหารหลายระดับและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจและทรวงอกเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการโดยสรุปได้ ดังนี้ มีความพอเพียงของอุปกรณ์ เครื่องมือในเขตสุขภาพแต่ยังไม่ได้ใช้อย่างเต็มศักยภาพเนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ขาดแคลนไม่เหมาะสมกับภาระงาน ความแตกต่างทางด้านศักยภาพของการรักษาของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในแต่ละเขตสุขภาพ ระบบฐานข้อมูลที่ยังไม่ครอบคลุมที่จะเชื่อมโยงแนวทางการปฏิบัติให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ทำให้การเข้าถึงบริการของประชาชนยังไม่สมบูรณ์ในบางเขตสุขภาพ

๒. อภิปรายผล

จากการศึกษาการรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในภูมิภาค สามารถนำมาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

๒.๑ ความพร้อมและการพัฒนาบริการด้านการรักษารโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ความพร้อมและการพัฒนาบริการการรักษารโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยภาพรวมมีความพร้อมมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งการที่เขตสุขภาพมีนโยบายที่จะพัฒนา STEMI Fast Track การมีแพทย์ที่สามารถเข้าร่วม STEMI Fast Track ได้ มีการอบรมพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายและ มีระบบการขอคำปรึกษา กับโรงพยาบาลอื่นอย่างมีประสิทธิภาพเป็นด้านที่มีความพร้อมในระดับมาก ($\bar{x} = 3.00$) มีการกล่าวว่กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักในการจัดบริการด้านสาธารณสุขให้แก่ประชาชนทั่วประเทศ โดยครอบคลุมในด้านการป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งเริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ ปี ๒๕๕๕ กระทรวงสาธารณสุขได้มีการจัดทำแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ที่มีความเชื่อมโยงตั้งแต่ระบบบริการปฐมภูมิ จนถึงศูนย์เชี่ยวชาญระดับสูงจึงมีการแบ่งเขตสุขภาพออกเป็น ๑๒ เขตเพื่อให้แบ่งการดูแลประชากรอย่างเหมาะสมมีการดำเนินการพัฒนาศักยภาพสถานบริการตามขีดความสามารถที่กำหนด รวมทั้งมีระบบการส่งต่อภายในเครือข่าย (Referral Hospital Cascade) เพื่อให้สามารถดูแลประชาชนได้อย่างเบ็ดเสร็จภายในเครือข่าย (Self - Contain) สร้างการเข้าถึงบริการของประชาชนได้อย่างทั่วถึง เป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำกรอบการพัฒนาบริการเพื่อรองรับและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศ ๑๓ สาขา และหนึ่งในสาขาที่ให้ความสำคัญมาก คือ สาขาหัวใจ (เกวลิน ชื่นเจริญสุขและคณะ, 2560) ในกลุ่มโรคหัวใจที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญนั้นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและโรคลิ้นหัวใจนับเป็นสาเหตุที่สำคัญซึ่งการรักษาที่สำคัญคือ การให้ยาละลายลิ่มเลือดและการขยายหลอดเลือดหัวใจซึ่งทาง

กระทรวงสาธารณสุขได้มีการวางแผนไว้อย่างชัดเจน ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยความพร้อมระดับมาก ($\bar{x} = 2.66$, $SD = .52$) มีอยู่หลายประเด็น คือ ๑) โรงพยาบาลในเขตของท่านมีหน่วย PCI ที่สามารถเข้าร่วม STEMI Fast Track จากผลการตรวจราชการสาขาโรคหัวใจ รอบที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ พบว่าร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้รับยาละลายลิ่มเลือดและหรือ การขยายหลอดเลือดหัวใจ (PPCI-Primary Percutaneous Cardiac Intervention) เป้าหมายร้อยละ ๘๐ พบว่าทำได้คิดเป็นร้อยละ ๗๙.๗๐ ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัด (สำนักตรวจและประเมินผล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๐) ซึ่งชี้ให้เห็นว่ายังมีบางโรงพยาบาลที่มีความพร้อมน้อยแต่สามารถพัฒนาได้ในระยะสั้น ๒) โรงพยาบาลในเขตของท่านมีข้อมูลเพื่อการประสานงานส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่เข้าถึงได้เร็วที่สุดมีสถานพยาบาลหลายแห่งที่ทำการศึกษาเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย STEMI ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น การศึกษาของจิราวรรณ รุ่งเรืองวารินทร์ (2559) ศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาระบบส่งต่อช่องทางด่วนผู้ป่วย STEMI จังหวัดพระนครศรีอยุธยาผลการวิจัยพบว่า การจัดโครงสร้างที่ชัดเจน มีคณะกรรมการปฏิบัติ งานเกี่ยวกับการส่งต่อผู้ป่วยทั้งในระดับแม่ข่ายและ ลูกข่าย โดยกำหนดหน้าที่เป็นลายลักษณ์อักษร การสร้างฐานข้อมูลเชื่อมโยง ในเครือข่าย การมีทีมการดูแลที่เชี่ยวชาญมีแนวทางปฏิบัติการดูแลระยะเฉียบพลันที่มีคุณภาพ มีการใช้ สื่อสารสนเทศที่มีประโยชน์พัฒนาการส่งต่อผู้ป่วย ทั้งในด้านการลงบันทึกข้อมูล การสืบค้นข้อมูลการ ประชุมสายโทรศัพท์ การพัฒนาฐานข้อมูล Thai Refer การมีระบบปรึกษาแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เพื่อการวินิจฉัยและการให้ยาละลายลิ่มเลือดผ่าน ทาง Line/Smart phone ไว้ที่ห้องฉุกเฉิน และแพทย์เวรอายุรกรรม

ด้านที่มีความพร้อมระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.33$, $SD = .82$) โรงพยาบาลในเขตของท่าน มีห้องตรวจปฏิบัติการสวนหัวใจ (CATH LAB) หรือ มี โรงพยาบาลเครือข่ายที่สามารถให้บริการอย่างสะดวก ตลอด ๒๔ ชั่วโมง มีการศึกษาพบว่า โรงพยาบาลที่มีเทคโนโลยีสามารถให้การรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันด้วยวิธีฉ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (percutaneous coronary intervention : PCI) มีเพียง ๒๔ แห่ง จาก ๑,๓๒๘ โรงพยาบาลทั่วประเทศ และส่วนใหญ่อยู่ในกรุงเทพฯและจังหวัดที่มีโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย (Labying P, 2008 อ้างถึงใน พัชรภรณ์ อุ่นเตจ๊ะ, 2554) ซึ่งจะรวมถึงการมีบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเฉพาะทางที่ยังไม่สมบูรณ์สอดคล้องกับการมีพยาบาลร่วมทีม STEMI Fast Track ผ่านการอบรม (หลักสูตรมหาวิทยาลัย/กระทรวงสาธารณสุข/จัดอบรมเอง) อย่างเพียงพอยังคงต้องมีการพัฒนาเพราะการพยาบาลเฉพาะทางด้านโรคหัวใจที่มีการเปิดอบรมนั้นต้องมีการรองรับหลักสูตรจากสภาการพยาบาลจึงเป็นที่ยอมรับได้และผู้เรียนยังคงต้องมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจมาแล้วระยะหนึ่ง การเข้ารับการอบรมของแต่ละสถานพยาบาลจำเป็นต้องมีโควตาในการเข้าอบรมในแต่ละปี ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยความพร้อมและการพัฒนาบริการน้อยที่สุด ($\bar{x} = 2.00$, $SD = .63$) คือ การมีจำนวนบุคลากร แพทย์พยาบาล และสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพียงพอกับภาระงาน สถานการณ์ในปัจจุบันยังมีภาวะขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ค่อนข้างสูงซึ่งถือว่าเป็นปัญหาสำคัญในระดับประเทศ สถิติจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขใน (2559) รายงานสัดส่วนประชากรต่อบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ปี ๒๕๕๘ ไว้ ดังนี้ สัดส่วนแพทย์ต่อประชากร คือ ๑:๑,๐๓๖ สัดส่วนพยาบาลต่อประชากร คือ ๑:๔๓๒ ตามลำดับ

ตอนที่ ๒ การขยายบริการและการเข้าถึงระบบบริการการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

จากการสัมภาษณ์ผู้บริหาร และบุคลากรในเขตสุขภาพที่มีความเกี่ยวข้องกับการขยายบริการและการเข้าถึงระบบบริการการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีการแบ่งออกเป็นเขตสุขภาพ ผู้วิจัยได้นำความคิดเห็นที่ได้มาวิเคราะห์ได้ว่าและอภิปรายผล ดังนี้

จุดแข็งของการบริหารจัดการด้านการบริการสุขภาพด้านการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในแต่ละเขตสุขภาพมีความเห็นที่ตรงกันในเรื่องของการมีการพัฒนาเครือข่าย ให้มีการส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ ส่วนจุดอ่อนที่รวบรวมไว้ คือ ระบบการวินิจฉัยโรคที่ยังขาดความมั่นใจ การส่งต่อผู้ป่วยที่ล่าช้าซึ่งจะส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพทางการรักษาเวลามาตรฐานการให้ยาละลายลิ่มเลือด ภายในเวลาไม่เกิน ๖ ชั่วโมงหลังมีอาการ หรือ การใช้สายสวนหลอดเลือดหัวใจชนิดพิเศษดูดเอาลิ่มเลือดออกพร้อมกับการขยายหลอดเลือดด้วย บอลลูนและตามด้วยการใส่ขดลวดค้ำยัน (Primary percutaneous coronary intervention หรือ PPCI) ภายในเวลาไม่เกิน ๑๒ ชั่วโมงหลังมีอาการ การเปิดหลอดเลือดได้สำเร็จนั้นได้ผลดีมากถ้าให้ยา ยาละลายลิ่มเลือด ภายในเวลาไม่เกิน ๑ ชั่วโมงหลังมีอาการหรือการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนและตาม ด้วยการใส่ขดลวดค้ำยัน ภายในเวลาไม่เกิน ๓ ชั่วโมงหลังมีอาการทำให้ลดอัตราการตายและผลแทรกซ้อน (เกรียงไกร เสงรัมย์, ม.ป.ป.)

ประเด็นในด้านความพอเพียงและศักยภาพของสถานบริการในภูมิภาคในการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในเขตสุขภาพมีศูนย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจในบางพื้นที่เท่านั้นส่วนการให้บริการนั้นยังไม่สามารถให้บริการได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมงด้วยข้อจำกัดของจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งสถานการณ์ในปัจจุบันยังมีความขาดแคลน ส่วนในด้านเครื่องมือที่ทันสมัยค่อนข้างมีความพร้อมเนื่องจากมีการสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุขเพื่อพัฒนาระบบบริการด้านโรคหัวใจให้เป็นไปตาม Service Plan ของกระทรวง ในส่วนความเชื่อมั่นและศรัทธาในบุคลากรทางการแพทย์มีค่อนข้างสูงแต่ในส่วนของประสิทธิภาพการรักษายังพบปัญหาในส่วนของอัตราการตายของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ร้อยละผู้ป่วย STEMI เสียชีวิตในโรงพยาบาล (เป้าหมายน้อยกว่าร้อยละ ๑๐) พบว่าค่าเฉลี่ย ๑๒ เขต คิดเป็นร้อยละ ๑๐.๖๕ (สำนักตรวจและประเมินผล, 2560) ซึ่งยังสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด จากผลการวิจัยนี้ผู้เชี่ยวชาญเล็งเห็นสิ่งสำคัญที่ควรส่งเสริมให้เกิด คือการให้ประชาชนได้รับการคัดกรอง และค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ รวมถึงการสนับสนุนให้ประชาชนมีความรู้และตระหนักในอาการ อาการแสดงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพื่อทำให้มาโรงพยาบาลได้เร็วขึ้น ซึ่งจะส่งผลดีต่อการรักษาพยาบาลซึ่งมีการศึกษาวิจัยในการที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของพระพิบูลย์ ทุนแพทย์ (2554) ที่มีการปรับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเป็น ๒ ระยะ คือ ระยะการดูแลก่อนถึงโรงพยาบาลและระยะการดูแลในโรงพยาบาล การดูแลก่อนผู้ป่วยมารับบริการ ได้แก่ ค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรค กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยใช้ระบบเชิงรุก ได้แก่การออกการร่วมนสุขภาพ การให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับ ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค การสังเกตอาการ การรู้ จักบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ส่งผลให้ ซึ่งผลการวิจัยวัดจากอัตราการตายของผู้ป่วยลดลงจากปี ๒๕๕๑ - ๒๕๕๓ คือ ร้อยละ๑๖.๘๕, ๑๑.๒๐ และ๙.๔๒ ตามลำดับ ซึ่งผู้วิจัยสรุปว่า การวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันของทีมผู้ดูแล ปฏิบัติการดูแลตามปัญหาและความต้องการของ ผู้ป่วยได้ครอบคลุม การจัดให้มีระบบทางด่วนพิเศษ สำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การ พัฒนารูปแบบการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน โดย จัดให้มีการโทรศัพท์

เพื่อส่งต่ออาการผู้ป่วย และจัด ส่งผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจทางโทรสารมายัง โรงพยาบาลสุรินทร์ เน้นการคัดกรองที่รวดเร็ว ส่งผล ให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดในเวลาอันรวดเร็ว ทำให้เลือดสามารถไหลเวียนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อ หัวใจได้มากขึ้น และสามารถลดอัตราการตายของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ส่วนอุปสรรคที่มีผลต่อการขยายบริการและการเข้าถึง คือ ศักยภาพของโรงพยาบาลแม่ข่าย และการส่งต่อผู้ป่วยล่าช้า จากการศึกษาของพิมพา เทพวัลย์ (อ้างถึงใน พัทธภรณ์ อุ๋นเตจ๊ะ, 2554) พบว่า ผู้ป่วยใช้ระยะเวลาในการตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาลช้ากว่าเวลามาตรฐานตามแนวปฏิบัติของ ACC/AHA ผู้ป่วยจะรอเผื่อดูการเปลี่ยนแปลงของอาการ รวมถึงรอให้อาการหายไปเอง และร้อยละ ๒๙ พยายามที่จะบรรเทาอาการด้วยตัวเอง ทำให้ระยะเวลาจากการเกิดอาการจนได้รับการรักษายาวนานขึ้น และยังพบเพิ่มเติมอีกว่า เมื่อผู้ป่วยและญาติตัดสินใจไปโรงพยาบาล ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ ๘๙ เดินทางมาโรงพยาบาลโดยไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยใช้พาหนะของตนเองหรือญาติร้อยละ ๖๘.๓ รถยนต์รับจ้างร้อยละ ๒๐.๗ ในขณะที่ส่วนน้อยเพียงร้อยละ ๑๑ ใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน โดยผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะไว้ว่า ควรพัฒนาการให้ข้อมูลในการตัดสินใจรับการรักษาและแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสมเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยกะทันหันจากภาวะหัวใจขาดเลือดแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและญาติ หน่วยการแพทย์ฉุกเฉินเชื่อมโยงการปฏิบัติเชิงรุกร่วมกับหน่วยรักษาพยาบาลที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังก่อนเกิดอาการ โดยการให้ข้อมูลหมายเลขติดต่อเพื่อการแจ้งเหตุ วิธีการแจ้งเหตุต่อศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งให้ข้อมูลของประโยชน์ ความทันเวลาเมื่อใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน อาจมีการบันทึกข้อมูลสารสนเทศของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบเพื่อความสะดวกในการเข้าถึงสถานที่เกิด

ข้อเสนอแนะที่ได้รับจากผลการวิจัยนี้ส่วนมากต้องการให้มีการพัฒนาในด้านการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศให้เป็นฐานข้อมูลกลางของเขตสุขภาพและของประเทศ การสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้มีความเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วย มีการส่งเสริมให้มีระบบ Case Manager มาใช้ และสนับสนุนให้มี Case Manager เฉพาะโรค/เฉพาะสาขา ซึ่งการนำระบบ Case Manager มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยมีนักวิจัยได้ทำการศึกษาลงถึงประโยชน์ไว้ เช่น การศึกษาของนิตยา ชนะกอก โดยศึกษาเปรียบเทียบการใช้รูปแบบพยาบาลรายกรณีในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลำพูน ผลการวิจัยพบว่า อัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน ๓๐ นาทีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๓๓.๓๓ เป็น ๖๙.๒๔ อย่างมีนัยสำคัญ และอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ลดลงจากร้อยละ ๑๓.๓๓ เหลือร้อยละ ๑๐.๐ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย ผลลัพธ์ตัวชี้วัดด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น

๓. ข้อเสนอแนะ

๓.๑ ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

การรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในประเทศไทยโดยภาพรวมแล้วมีความพร้อมในด้านนโยบายที่ชัดเจนของกระทรวงสาธารณสุข ด้านสถานที่ เครื่องมือที่ทันสมัย ผู้บริหารมีการจัดสรรให้ตามแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ แต่สิ่งที่ควรให้ความสำคัญและปรับปรุง คือ ด้านการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ให้มีความเหมาะสมกับภาระงาน รวมถึงการพัฒนาบุคลากร

ทั้งแพทย์ และพยาบาลให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านโรคหัวใจและทรวงอก โดยจัดให้มีหลักสูตรด้านเฉพาะทางในหลายๆสถาบัน และเพิ่มโควตาในการได้ไปศึกษาเฉพาะทางด้านโรคหัวใจและทรวงอกเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปีเพื่อเพิ่มบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย

ส่วนในด้านการขยายบริการและการเข้าถึงระบบบริการการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้วิจัยเสนอให้มีการพัฒนาในด้านการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการตัดสินใจการขยายระบบการบริการ และควรเพิ่มในส่วนของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเอง การสังเกตอาการ อาการแสดงที่เป็นสัญญาณเตือนในการเข้ารับการรักษาอย่างทันท่วงที

๓.๒ ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป การพัฒนาระบบสารสนเทศในการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในประเทศไทย

บรรณานุกรม

หนังสือ

- เกรียงไกร เสงี่ยม. (2555). สถานการณ์ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือตายชนิดที่มี ST-Elevation ในประเทศไทย. มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. กรุงเทพฯ : สุขุมวิทการพิมพ์ จำกัด, 2555.
- ภัทรพร จงพิพัฒน์วิชย์. แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด กระทรวงสาธารณสุข :แนวทาง ผล ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะวิธีแก้ไขปรับปรุงการดำเนินงาน : พุทธชินราชเวชสาร, 2556.
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง ปี 2557 : ศรีเมือง การพิมพ์, 2557.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, ส. การดำเนินการตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาโรคหัวใจ แนวทางการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน : โอ-วิทย์ (ประเทศไทย), 2559.
- สำนักบริหารสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินการตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ การบริหารจัดการหน่วยดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด (Warfarin Clinic Management) :โอ-วิทย์ (ประเทศไทย), 2559.
- สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัยและรักษาโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน, 2553.
- คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่สำคัญ (สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด) แนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาหัวใจ. สำนักงานบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2556.
- เกวลิน ชื่นเจริญสุข. แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ(Service Plan) พ.ศ. 2561-2565. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, 2559.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สรุปสถิติที่สำคัญ พ.ศ. 2559. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2559.

วารสารและหนังสือพิมพ์

- จิราวรรณ รุ่งเรืองวารินทร์. (2559). การพัฒนาระบบส่งต่อช่องทางด่วนผู้ป่วย STEMI จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย, 6(1), 2-14.
- พรเพ็ญ ทุนเทพย์. (2554). การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลสุรินทร์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 26 (2), 247-261.

พิมพ์ เทพวัลย์, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, คชนิ่งนิจ พงศ์ถาวรกนก และ ฉัตรกนก ทุมวิภาต. การรับรู้

ความเจ็บป่วย การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในการทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. (2554). J Nurs Sci, 29 (1), 112-9

วิทยานิพนธ์ รายงานการวิจัย เอกสารวิจัย

- ขจรค์ชัย หันจรส์. (2556). การศึกษาระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดกาฬสินธุ์.
- สุรศักดิ์ ศรีตมโนชญ์. (2546). การเข้าถึงบริการสุขภาพในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้สูงอายุปัจจัยที่เกี่ยวข้องในจังหวัดภูเก็ต. (ปริญญาโท), มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, วิชาการวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข.
- พัชรภรณ์ อุ่นเตจ๊ะ, ศ. ส. (2554). โครงการประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จในการเข้าถึงการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง (STEMI) เพื่อพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.
- จรินทร์ ชะชาติย์, เ. ป., สมควร สุขสัมพันธ์,. (2557). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST-Segment Elevation Myocardial Infarction (STEMI) ที่ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจโรงพยาบาลพระปกเกล้า. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 136-148.
- พัชรภรณ์ อุ่นเตจ๊ะ. (2554). โครงการประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จในการเข้าถึงการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง (STEMI) เพื่อพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน. รายงานการวิจัย. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, กรุงเทพฯ.

ข้อมูล/สารนิเทศอื่นๆบนอินเทอร์เน็ต

- เกรียงไกร เสงร์ตมี. (ม.ป.ป.). สถานการณ์ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือตายชนิดที่มี ST Elevation ในประเทศไทย สืบค้นวันที่ 28 พฤษภาคม 2560 จาก http://www.cdi.thaigov.net/cdi/folder_a/folder_f/1aa.pdf.
- สำนักตรวจและประเมินผล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2560). บทสรุปผู้บริหาร Service Plan สาขาโรคหัวใจรอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2560.สืบค้นวันที่ 28 พฤษภาคม 2560 <https://drive.google.com/drive/u/0/folders/0Bz5shy97x6snYWizNWtDR3R4bLE>.
- โครงการ “วิกฤตโรคหัวใจ ปลอดภัยทั่วไทย”(Save Thais from Heart Attack) ปีงบประมาณ ๒๕๕๗ (ต่อเนื่องจากโครงการ ๑๐,๐๐๐ ดวงใจฯ) สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ภาษาต่างประเทศ

Journals and Newspapers

Suphot Srimahachota, Rungrit Kanjanavanit, Smonporn Boonyaratavej et al,
Demographic, Management Practices and In-Hospital Outcomes of Thai
Acute Coronary Syndrome Registry (TASCR). J Med assoc Thai 2007;90
(Suppl 1):1-11

Demographic, Management Practices and In-Hospital outcomes of Thai Acute
Coronary Syndrome Registry (TASCR). J Med assoc Thai 2007;
90Suppl1):1-11)

Thai Registry in Acute Coronary Syndrome Registry (TRACS) Group: Lower In -Hospital
but Still High Mortality at One-Year. J Med assoc Thai 2012;95(4):508-
18.

Internet

Statistics of Cardiovascular diseases from American Heart Association 2007
https://www.heart.org/idc/groups/ahamah-public/.../ucm_480110.pdf

ภาคผนวก

ก

แบบเก็บข้อมูลการวิจัย เรื่อง การรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในภูมิภาค

คำชี้แจง แบบเก็บข้อมูลการวิจัยนี้สำหรับ ผู้บริหารระดับสูงด้านสาธารณสุข ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ผู้อำนวยการแพทย์เขตสุขภาพ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบและคำถามปลายเปิดโดยเติมคำในช่องว่าง จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพร้อมและการพัฒนาบริการด้านการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การขยายบริการและการเข้าถึงระบบบริการการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
2. อายุ.....ปี (หากเกิน 6 เดือนให้นับเป็น 1 ปี)
3. ประสบการณ์การทำงาน.....ปี
4. ตำแหน่ง 1. ผู้บริหาร 2. ผู้ตรวจราชการ
 3. ผู้อำนวยการแพทย์เขตสุขภาพ 4. แพทย์
 ผู้เชี่ยวชาญ
 5. พยาบาลวิชาชีพ 6. อื่นๆ
- ระบุ.....
5. เขตสุขภาพที่.....

ส่วนที่ 2 ความพร้อมและการพัฒนาบริการด้านการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างที่ตรงกับข้อมูลของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพของท่าน

- 3 หมายถึง มีความพร้อมแล้ว
2 หมายถึง ยังไม่มีความพร้อมแต่สามารถพัฒนาได้ในระยะสั้น
1 หมายถึง ยังไม่มีความพร้อมและไม่สามารถพัฒนาได้ในระยะสั้น

ประเมินความพร้อมและการพัฒนาบริการ	3	2	1	สำหรับ ผู้วิจัย
1. เขตสุขภาพ มีนโยบายที่จะพัฒนา STEMI Fast Track				
2. โรงพยาบาลในเขตสุขภาพมีอายุรแพทย์ที่สามารถเข้าร่วม STEMI Fast Track				
3. โรงพยาบาลในเขตสุขภาพมีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินที่สามารถเข้าร่วม STEMI Fast Track				
4. โรงพยาบาลในเขตสุขภาพมีอายุรแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจและหลอดเลือดที่สามารถเข้าร่วม STEMI Fast Track				
5. มีพยาบาลร่วมทีม STEMI Fast Track ผ่านการอบรม (หลักสูตรมหาวิทยาลัย/กระทรวงสาธารณสุข/จัดอบรมเอง) อย่างเพียงพอ				
6. โรงพยาบาลในเขตสุขภาพมีหน่วย PCI ที่สามารถเข้าร่วม STEMI Fast Track				
7. โรงพยาบาลในเขตสุขภาพมีพยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางโรคหัวใจและหลอดเลือดที่สามารถเข้าร่วม STEMI Fast Track				
8. โรงพยาบาลในเขตสุขภาพมีการอบรมพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายและทีมงาน STEMI Fast Track ของโรงพยาบาล				
9. โรงพยาบาลในเขตสุขภาพมีข้อมูลเพื่อการประสานงานส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่เข้าถึงได้เร็วที่สุด สำหรับกรณีต่างๆ เช่น การขยายหลอดเลือดหัวใจ การผ่าตัดทางเบี่ยงเส้นเลือดหัวใจ (CABG) การซ่อมแซมหลอดเลือดหัวใจ (revascularization) และการผ่าตัดหัวใจ				
10. โรงพยาบาลในเขตสุขภาพมีระบบการขอคำปรึกษา (consult system) การดูแลผู้ป่วย STEMI กับโรงพยาบาลอื่นอย่างมีประสิทธิภาพ				

ประเมินความพร้อมและการพัฒนาบริการ	3	2	1	สำหรับ ผู้วิจัย
11.โรงพยาบาลในเขตสุขภาพมีห้องตรวจปฏิบัติการสวนหัวใจ (CATH LAB) หรือ มี โรงพยาบาลเครือข่ายที่สามารถให้บริการ อย่างสะดวก ตลอด 24 ชั่วโมง				
12.โรงพยาบาลในเขตสุขภาพมีการให้ยาละลายลิ่มเลือด ทางหลอดเลือดดำ (Thrombolytic Therapy)อย่างครบถ้วน				
13.โรงพยาบาลในเขตสุขภาพท่านมีการรักษาด้วยการ ขยายหลอดเลือดแดงหัวใจ (Percutaneous Coronary Intervention, PCI)				
14.มีจำนวนบุคลากร แพทย์ พยาบาล และสหสาขา วิชาชีพที่ เกี่ยวข้องเพียงพอกับภาระงาน				
15.โรงพยาบาลแม่ข่ายผ่านการรับรองด้านการดูแลรักษา โรคหัวใจ และหลอดเลือด จากสมาคมแพทย์โรคหัวใจอย่าง ครบถ้วน				

**ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การขยายบริการและการเข้าถึงระบบบริการการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจ
ตายเฉียบพลัน**

- จุดแข็งของการบริหารจัดการด้านการบริการสุขภาพด้านการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
ในเขตสุขภาพ คืออะไร
.....
.....
.....
- จุดอ่อนของการบริหารจัดการด้านการบริการสุขภาพด้านการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
ในเขตสุขภาพ คืออะไร
.....
.....

3. ความพอเพียงและศักยภาพของสถานบริการในภูมิภาคในการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
ในเขตสุขภาพ เป็นอย่างไร

.....
.....
.....

4. ความพร้อมและความทันสมัยทางด้านเครื่องมือการแพทย์ในให้บริการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
เฉียบพลันครอบคลุมในเขตสุขภาพ มากน้อยเพียงใด

.....
.....
.....

5. ความสามารถของแพทย์ และพยาบาลในการให้บริการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันรักษา
โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบในเขตสุขภาพพลันสร้างความเชื่อมั่นศรัทธาให้กับผู้รับบริการได้เพียงใด

.....
.....
.....

6. ท่านคิดว่าสิ่งสำคัญ 3 ประการแรกที่จะส่งผลสำเร็จในการเข้าถึงบริการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
เฉียบพลันในภูมิภาค ได้แก่

.....
.....
.....

7. ท่านคิดว่าอุปสรรคสำคัญที่ควรแก้ไขอย่างเร่งด่วน 3 ประการแรกในการเข้าถึงบริการรักษาโรค
กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในภูมิภาค ได้แก่

.....
.....
.....

8. ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมสำหรับการพัฒนา

.....
.....
.....

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ-นามสกุล	นางสาววิพรรณ สังคหะพงศ์
วัน เดือน ปี เกิด	1 มีนาคม 2507
สถานที่เกิด	จังหวัดกรุงเทพมหานคร
การศึกษา	แพทยศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ2) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วุฒิปัตร์ สาขาวิสัญญีวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุปัตร์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเวชศาสตร์ครอบครัว แพทยสภา
ประวัติการทำงาน	- รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจวิชาการ สถาบันโรคทรวงอก - ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ เขต 4 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน	ผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์
ที่ทำงาน	สถาบันโรคทรวงอก 74 ถนนติวานนท์ ตำบลบางกระสอ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

สรุปย่อ

ลักษณะวิชา สังคมจิตวิทยา

เรื่อง การพัฒนาการรักษาภาวะโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในภูมิภาคของประเทศไทย

ผู้วิจัย นางสาววิพรรณ สังกะหะพงศ์ หลักสูตร วปอ. รุ่นที่ 59

ตำแหน่ง

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

. . 2550 80 (2) " " สุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (. 2555 - 2559)

นโยบายรัฐบาลด้านสาธารณสุข 5 " นโยบาย

ด้านสาธารณสุข 3 (Service Plan)

(Service Plan) " " ระบบบริการที่เชื่อมโยงตั้งแต่ระบบบริการระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิ จนถึง

4 : 2553 1

(ACS, Acute Coronary Syndrome Heart Attack)

2

(ST Elevation MI : STEMI) ซึ่งหลอดเลือดมีการอุดตัน 100 %

(Non-ST Elevation MI : NSTEMI)

(Unstable Angina) :

2553

7.2

12.2 %

37,000

Heart Attack

1

Heart Attack

25

2548

- 2552

1,185

450 รายต่อวัน เสียชีวิตชั่วโมงละ 2

อัตราการตายสูงกว่าที่อื่นประมาณ 4-6

Thai Acute Coronary Syndrome Registry

(TACSR : 1)

2550

2545

31

2548 เป็นเวลาประมาณ 3

17

9,373

STEMI 40.9 %

NSTEMI 34.9 %

Unstable Angina 21.2 %

STEMI

17 %

7-10 %

STEMI

Thai Acute Coronary Syndrome Registry

(TACSR) :

2555

42.6 %

Primary PCI 24.7 % :

เพิ่มมากขึ้น ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอัตราการตายสูง และมีข้อจำกัดในการให้ยาละลาย
Primary PCI

:

(Service Plan)

“ (Seamless Health Service Network) ที่มีความเชื่อมโยงตั้งแต่ระบบ

(Economy of Scale)

4-8

3-5

12

(Referral Hospital Cascade)

(Self - Contain)

เป็นไปตามขีดความสามารถที่ควรเป็น และการพัฒนาระบบบริการเพื่อ

ธรรมเนียมในการกระจายทรัพยากร ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ และเครื่องมือทางการแพทย์ที่มีเทคโนโลยี

:

(Fast track)

(STEMI)

(STEMI)

(Acute coronary syndrome) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงที่สุดในกลุ่มโรคหัวใจ

. . 2552

Thai ACS registry

(Acute ST elevation myocardial infarction ; STEMI)
(non-ST elevation acute coronary syndrome; NSTEMI) ดังนั้นจึงเป็นที่มาของแผนพัฒนาบริการ
2556 - 2560 (Service plan)
(STEMI) (NSTEMI) เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของ

เชื่อมโยงที่ไร้รอยต่อซึ่งมุ่งหวังประโยชน์สูงสุดต่อผู้เข้ารับบริการ การจัดทำแผนพัฒนาระบบ
(Service Plan)

โรงพยาบาลระดับต่างๆ ให้มีขีดความสามารถและเพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่

ที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญนั้น โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
และโรคหลอดเลือดหัวใจนับเป็นสาเหตุที่สำคัญซึ่งการรักษาที่สำคัญ คือ การให้ยาละลายลิ่มเลือดและการ

(A)

60.6

(Fast Track)

"10,000

"

"

"

2556

2556

"

" (Service

Plan)

2556-2560

(Service Plan)

2561-2565

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.

(Service Plan)

2.

ขอบเขตของการวิจัย

1.

ประเทศไทยในครั้งนี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในด้านการ
(Service Plan)

2560

2.

เก็บข้อมูลจากกลุ่มประชากรตามพื้นที่จังหวัดของ

2.1

9

2.2

9

2.3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้จะเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research)

1.

(Purposive Sample)

2.

(STEMI)

(NSTEACS)

3.

4.

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1

3

3

($\bar{x} = 2.63, SD = .32$) นที่มีค่าเฉลี่ยความพร้อม

STEMI Fast Track

สูงที่สุดมี 3 ด้าน คือ

STEMI Fast Track

STEMI Fast Track

(consult system)

STEMI

($\bar{x} = 3.00$)

3

STEMI

Fast Track

(

/

/

)

(CATH LAB)

24

($\bar{x} = 2.33, SD = .82, \bar{x} = 2.33, SD = .82$)

$\bar{x} = 2.00, SD = .63$

)

2

2.1

2.2

2.3

2.4

ยังไม่พอเพียง ต้องการเพิ่มจำนวนครุภัณฑ์และงบประมาณเพิ่มเติม นอกจากนี้ยังมี

2.5

เชื่อมั่นศรัทธาให้กับ

2.6 3 ประการแรกที่จะส่งผลสำเร็จในการเข้าถึงบริการรักษาโรคกล้ามเนื้อ

2.7

3

(Service Plan)

2559

มากขึ้น แต่ยังคงต้องให้ความสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ปัญหาอุปสรรคที่
Service Plan

STEMI Fast Track

STEMI Fast Track

ต่อภาระงานที่มีอยู่แต่ก็ยังสามารถพัฒนาได้ในระยะสั้น ในส่วนของ

- ระบบฐานข้อมูลที่ยังไม่ครอบคลุมที่จะเชื่อมโยงแนวทางการปฏิบัติให้เป็นไปใน

. (2555). ST-
Elevation

2555.

. (2556).

. (2556).

, 30.

. (2557).

2557.

, . (2559).

(Service Plan)

. (2559).

(Warfarin Clinic Management).

. (2546).

. (),

. (2553).

). (2556).

(

, . . . (2554).

(STEMI)

:

, . . . , . . . (2557).

ST-Segment Elevation Myocardial Infarction (STEMI)

, 136-148.

Statistics of Cardiovascular diseases from American Heart Association 2007.

Suphot Srimahachota, Rungsrit Kanjanavanit, Smonporn Boonyaratavej et al,

Demographic, Management Practices and In-Hospital Outcomes of Thai

Acute Coronary Syndrome Registry (TASCR). J Med assoc Thai 2007;90

(Suppl 1) :1-11

“

”(Save Thais from Heart Attack)

(

,

)

ชินเจริญสุข. (2559). แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ(Service Plan) พ.ศ. 2561-2565.

:

สำนักตรวจและประเมินผล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2560). บทสรุปผู้บริหาร Service

Plan

1

2560. สืบค้นวันที่ 28 พฤษภาคม 2560

<https://drive.google.com/drive/u/0/folders/0Bz5shy97x6snYWizNWtDR3R4bIE>.

. (2554). โครงการประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จในการเข้าถึงการ

(STEMI)

จิราวรรณ รุ่งเรืองวารินทร์. (2559). การพัฒนาระบบส่งต่อช่องทางด่วนผู้ป่วย STEMI

ป้องกันแห่งประเทศไทย, 6(1), 2-14.

. (. . .).

ST

Elevation ประเทศไทย สืบค้นวันที่ 28 พฤษภาคม 2560 จาก

http://www.cdi.thaigov.net/cdi/folder_a/folder_f/1aa.pdf.

.(2559).

2559. :

. (2554). การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อ

, 26 (2), 247-261.

รักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. (2554). J Nurs Sci, 29 (1), 112-9.

2558. :

(.); 2558.

ลาภยง, วีระศักดิ์

(Excellence Center)

(.); 2551.