

การพัฒนารูปแบบการจัดการ โรคหลอดเลือดหัวใจ เครือข่ายจังหวัดสกลนคร

อภิชาติ อภิวัฒน์พร*

ทัศนีย์ แดงนทท**

*โรงพยาบาลสกลนคร

**หอบำบัดวิกฤติโรคหัวใจ โรงพยาบาลสกลนคร

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการโรคหลอดเลือดหัวใจ เครือข่ายจังหวัดสกลนคร ประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการโรคเรื้อรังทั้ง 6 องค์ประกอบ ผู้ร่วมวิจัย ในระยะที่ 1 ได้แก่ ทีมสุขภาพและสมาชิกองค์กรในชุมชน จำนวน 334 คน ระยะที่ 2 ทีมสุขภาพ และสมาชิกองค์กรในชุมชน 279 คน และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ 9,512 คน และระยะที่ 3 ทีมสุขภาพ จำนวน 354 คน ดำเนินการวิจัย ตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2551 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ.2555 การวิจัยมี 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ โดยใช้ SWOT Analysis เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ การสังเกต บันทึกภาคสนาม และการใช้แบบประเมินวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้ค่าเฉลี่ย ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เนื้อหาแบบมีกรอบ ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยการทดลองปฏิบัติ สะท้อนปฏิบัติ เก็บข้อมูลจากการสังเกตและบันทึกการประชุมกลุ่ม การสนทนากลุ่มและการบันทึกภาคสนาม และนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบการจัดการ เชิงปริมาณใช้แบบประเมินการจัดการโรคเรื้อรังฉบับภาษาไทย และประเมินอัตราป่วย อัตราตาย เชิงคุณภาพเก็บข้อมูลโดย วิธีการสนทนากลุ่ม การสังเกต และบันทึกการสะท้อนการปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้ค่าเฉลี่ย และค่าสัดส่วน ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้ การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัย พบว่า 1) เจาะใจที่สำคัญต่อการพัฒนา ได้แก่ การนำนโยบายการจัดการโรคหลอดเลือดหัวใจสู่การปฏิบัติในหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ การจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในหน่วยบริการทุกระดับ การจัดการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมทุกระยะของการเกิดโรค และการบูรณาการทุกองค์ประกอบของการจัดการโรคเรื้อรังในการระบบบริการ 2) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เครือข่ายจังหวัดสกลนคร ประกอบด้วย ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจครบวงจร ครอบคลุมระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ให้การดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพโดยเน้นให้ผู้ป่วยจัดการตนเอง และการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนและภาคีเครือข่าย โดยผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ประสานทีมและหน่วยงาน องค์กรที่เกี่ยวข้องในการดูแล 3) ผลลัพธ์ พบว่า ภายหลังการพัฒนาแบบแผนการจัดการโรคหลอดเลือดหัวใจในหน่วยบริการทุกระดับดีขึ้นก่อนการพัฒนา ได้รูปแบบการจัดการโรคหลอดเลือดหัวใจ เครือข่ายจังหวัดสกลนคร ครอบคลุมหน่วยบริการทุกระดับ มีการจัดการดูแลผู้ป่วยครบวงจร เน้นให้ผู้ป่วยและประชาชนมีส่วนร่วม ส่งผลให้มีการค้นพบผู้ป่วยมากขึ้น และอัตราตายลดลง ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคหลอดเลือดหัวใจ ควรเริ่มจากนโยบายที่ชัดเจนสู่หน่วยบริการทุกระดับ พัฒนาโดยอาศัยความร่วมมือในทุกภาคส่วน ใช้ปัญหาเป็นตัวตั้งต้น และควรมีการบูรณาการทุกองค์ประกอบตามแนวคิดการจัดการโรคเรื้อรังในการพัฒนา

คำสำคัญ: การจัดการโรคเรื้อรัง, รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง, โรคหลอดเลือดหัวใจ

บทนำ

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาท้าทายทางด้านสาธารณสุขอย่างมากทั้งในปัจจุบันและอนาคต เนื่องจากมีแนวโน้มสูงขึ้นและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญ จากรายงานของศูนย์ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ⁽¹⁾ ในปี พ.ศ.2548-2550 พบอัตราป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจต่อแสนประชากรสูงถึง 198.68, 232.68 และ 261.21 ตามลำดับและอัตราตายต่อแสนประชากร 18.69, 19.42 และ 20.27ตามลำดับเช่นเดียวกับข้อมูลจังหวัดสกลนครในปี พ.ศ.2548-2550 ที่พบว่าอัตราป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจต่อแสนประชากรสูงถึง 191.14, 198.18 และ 200.40 ตามลำดับ⁽¹⁾ และจากข้อมูลโรงพยาบาลสกลนครซึ่งให้บริการผู้ป่วยในเขตจังหวัดสกลนคร และเขตรอยต่อของจังหวัด พบว่าในปี พ.ศ.2546-2548 จำนวนผู้ป่วยกลุ่มโรคนี้มีแนวโน้มสูงขึ้นจาก 678 ราย เป็น 963 ราย และ 1,164 รายตามลำดับ และยังพบว่าอัตราการตายด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันสูงขึ้น จากร้อยละ 21 เป็นร้อยละ 28.39 และ 33.34 ใน พ.ศ.2546-2548 ตามลำดับ⁽²⁾

โรงพยาบาลสกลนครขึ้นทะเบียนเข้าโครงการเป็นศูนย์หัวใจตติยภูมิตั้งระดับ 4 เน้นการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมกันในรูปแบบของเครือข่ายตามนโยบายการจัดการโรคเรื้อรังอัตราตายสูงของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดำเนินงานตั้งแต่ปี พ.ศ.2549 ถึงปัจจุบัน โดยมีโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายจังหวัดสกลนครรวม 17 แห่งซึ่งมีเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการวินิจฉัยโรคตั้งแต่ระยะเริ่มแรกได้รับการตรวจรักษาที่จำเป็นตามมาตรฐานในเวลาที่กำหนด ได้รับการส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่องตลอดจนประชาชนทั่วไปได้รับการค้นหา คัดกรองความเสี่ยง และได้รับการจัดการกับความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดโรค โดยเน้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในสุขภาพตนเอง แต่ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ผ่านมา พบว่ารูปแบบการให้บริการเป็นในลักษณะตั้งรับในโรงพยาบาล

ขาดการเชื่อมโยงนโยบาย และการให้บริการในระดับเครือข่าย ทำให้เกิดการบริการแบบแยกส่วน การดูแลรักษามุ่งเน้นเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเท่านั้น ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่องในหน่วยบริการแต่ละระดับและรูปแบบการให้บริการยังไม่ครอบคลุมในกลุ่มเสี่ยง ประชาชนจึงขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง

ผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารสูงสุดของโรงพยาบาลสกลนครซึ่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายในการดูแลผู้ป่วยเห็นถึงความสำคัญในปัญหาสุขภาพและการดำเนินงานตามนโยบายดังกล่าว จึงได้ศึกษาโดยใช้รูปแบบวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม⁽³⁾ ของผู้ป่วย และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วน เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะคือ เพื่อพัฒนาการจัดการให้เกิดเครือข่ายโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีประสิทธิภาพ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาเชิงระบบ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม⁽³⁾ และประยุกต์ใช้รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM)⁽⁴⁾ ทั้ง 6 องค์ประกอบ ในการจัดการโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ นโยบายขององค์กรสุขภาพ ระบบสารสนเทศทางคลินิก การสนับสนุนการตัดสินใจ การออกแบบระบบการให้บริการ การสนับสนุนการจัดการตนเอง และการเชื่อมต่อกับชุมชน

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม⁽³⁾ มี 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ เพื่ออธิบายเงื่อนไขที่ทำให้การจัดการโรคหลอดเลือดหัวใจของเครือข่ายจังหวัดสกลนครไม่ได้ผลลัพธ์ที่ดี ตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ

ระยะที่ 2 ดำเนินการแก้ไขปัญหาและพัฒนารูป

แบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เครือข่าย จังหวัดสกลนคร แบบมีส่วนร่วมของหน่วยบริการ สุขภาพทุกระดับในเครือข่าย ผู้ป่วย ชุมชน และภาคี เครือข่าย

ระยะที่ 3 ประเมินผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ภายใต้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เครือข่าย จังหวัดสกลนคร ที่พัฒนาขึ้นใน ระยะที่ 2 เพื่อ ประมวลวิธีการจัดการให้เกิดเครือข่ายโรคหลอดเลือด หัวใจที่มีประสิทธิภาพ

การวิจัยระยะที่ 1 ดำเนินการในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2551 -31 ธันวาคม พ.ศ.2551

1. สถานที่ศึกษา ผู้วิจัยเลือกหน่วยบริการสุขภาพ ทุกระดับในเครือข่าย เนื่องจากมีความเกี่ยวข้องในการ ดูแลที่แตกต่างกัน ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาที่สอดคล้อง กับบริบทของหน่วยบริการแต่ละระดับ ทั้งหมด 185 แห่ง ประกอบด้วย หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ 167 แห่ง ระดับทุติยภูมิ 17 และระดับตติยภูมิ 1 แห่ง

2. ผู้ให้ข้อมูลหลัก ผู้วิจัยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จากนั้นเลือกเชิงทฤษฎีไปยังกลุ่มต่าง ๆ โดยเริ่มแบบเปิด กว้าง เมื่อมีข้อมูลชี้นำไปในทิศทางใดก็หาผู้ให้ข้อมูล เฉพาะในประเด็นนั้น ๆ ต่อไปโดยใช้วิธีบอกต่อ (Snowball)⁽⁵⁾ จากกระบวนการทั้งหมดในการศึกษาครั้งนี้จึงมี ผู้ให้ข้อมูลหลักที่ทำให้ข้อมูลอิ่มตัวทั้งหมด 334 คน ประกอบด้วย

2.1 กลุ่มผู้ใช้บริการ จำนวน 55 คน ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสกลนคร ในระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2551 - ธันวาคม พ.ศ.2551 ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

2.2 กลุ่มผู้ให้บริการจำนวน 249 คน ได้แก่ ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้บริการผู้ป่วย ประกอบด้วย แพทย์ 27 คน เภสัชกร 20 คน พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล สกลนคร 15 คน โรงพยาบาลชุมชน 20 คน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 167 คน

2.3 กลุ่มสนับสนุนการบริการ จำนวน 30 คน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) 8 คน สมาชิก

ชมรมคนรักหัวใจจังหวัดสกลนคร 7 คน กำนัน 5 คน ผู้ใหญ่บ้าน 5 คน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล 4 คนและสมาชิกองค์การบริหารส่วนจังหวัด 1 คน

3. วิธีการเก็บข้อมูล เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ การสังเกต บันทึกภาคสนามและการใช้แบบประเมิน ดังนี้

3.1 การสังเกตบริบทของสถานที่ศึกษา และ ผู้ให้บริการ ทำการบันทึกภาคสนามทุกครั้ง ที่เข้าพื้นที่ ศึกษา เพื่อให้เข้าใจบริบทของพื้นที่ และผู้ให้บริการ

3.2 การสัมภาษณ์กลุ่มผู้ใช้บริการตามองค์ ประกอบ CCM ทั้ง 6 ด้าน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้บันทึกเทปใน ระหว่างการสัมภาษณ์ และถอดเทปในทุกคำของผู้ให้ ข้อมูลโดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขข้อมูล และมีการตรวจสอบอ่านทวนซ้ำหลังการถอดเทปทุกครั้ง

3.3 การสนทนากลุ่มผู้ใช้บริการ และกลุ่ม สนับสนุนการบริการ รวมทั้งสิ้น 139 คน แบ่งกลุ่มเป็น 4 กลุ่มย่อย ตามระดับการให้บริการ ได้แก่ กลุ่มทีมสหสาขาวิชาชีพในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ 30 คน ระดับทุติยภูมิ 47 คน ระดับตติยภูมิ 32 คน และกลุ่ม สนับสนุนการบริการ 30 คน เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ ศึกษาจุดเด่น จุดด้อย โอกาส และอุปสรรค (Strengths, Weaknesses, Opportunities Threats: SWOT Analysis)⁽⁶⁾ ของระบบการจัดการโรคหลอดเลือดหัวใจ เครือข่ายจังหวัดสกลนคร ทั้งนี้ผู้วิจัยได้บันทึกเทปใน ระหว่างการประชุมกลุ่มทุกครั้ง และถอดเทปในทุกคำ ของผู้ให้ข้อมูลโดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขข้อมูล และมีการตรวจสอบอ่านทวนซ้ำหลังการถอดเทปทุกครั้ง

3.4 การประเมินความคิดเห็นต่อรูปแบบการ จัดการโรคหลอดเลือดหัวใจ เครือข่ายจังหวัดสกลนคร ก่อนการพัฒนา รูปแบบ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการ จัดการโรคเรื้อรังฉบับภาษาไทย⁽⁷⁾ (Assessment of Chronic Illness Care: ACIC) โดยทีมสุขภาพที่ ให้ บริการผู้ป่วยร่วมกันประเมิน ในหน่วยบริการระดับปฐม ภูมิได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 167 แห่ง ระดับทุติยภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน 17 แห่ง และ ระดับตติยภูมิได้แก่ โรงพยาบาลสกลนคร

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย และ ข้อมูลคุณภาพ ผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)⁽⁵⁾ แบบมีกรอบ โดยวิเคราะห์ตามกรอบของ SWOT ไปพร้อมกับการเก็บข้อมูล ซึ่งมีขั้นตอนการวิเคราะห์ ดังนี้

ขั้นที่ 1 การทำความเข้าใจข้อมูล โดยผู้วิจัย อ่านข้อความบันทึกภาคสนาม ข้อความจากการถอดเทป จากการถอดความคำต่อคำของการประชุมกลุ่ม และ ข้อความในเอกสารที่เกี่ยวข้องทั้งหมด

ขั้นที่ 2 การจัดระบบข้อมูล และแยกหมวดหมู่ ของข้อมูล โดยผู้วิจัยเริ่มจากการให้ดัชนีข้อมูลเชิงคุณภาพในขั้นที่ 1 แล้วจัดกลุ่มดัชนีสร้างเป็นประเด็นย่อย จากนั้นรวมกลุ่มประเด็นย่อยขึ้นมาเป็นประเด็นหลัก และหาหลักฐานมาอธิบายเพิ่มเติม

ขั้นที่ 3 การสรุปความ ผู้วิจัยสรุปความข้อมูล ตามกรอบของ SWOT และนำประเด็นที่ได้จากการสรุปความไปตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้แน่ใจว่า ผู้วิจัยไม่ได้สรุปความผิดไปจากความเป็นจริงที่ปรากฏ จากข้อมูล

5. ความเชื่อถือได้ของงานวิจัย

ความเชื่อถือได้ของงานวิจัย ได้จากการใช้วิธีการ ตรวจสอบสามเส้า (triangulation)⁽⁶⁾ คณะผู้วิจัยทุกคน มีความรู้ ความเข้าใจและมีประสบการณ์การทำงาน วิจัยเชิงคุณภาพ นอกจากนี้ในระหว่างการดำเนินการ วิจัยผู้วิจัยทุกคนมีการประชุมปรึกษากันเป็นระยะ เพื่อ ตรวจสอบซึ่งกันและกัน ทั้งในด้านของความคิด วิธีการ และการตีความ

การวิจัยระยะที่ 2 ดำเนินการในระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2552 -30 กันยายน พ.ศ.2555

ผู้วิจัยดำเนินการร่วมกับกลุ่มเป้าหมายในการ พัฒนารูปแบบการจัดการโรคหลอดเลือดหัวใจ เครือข่ายจังหวัดสกลนครอย่างต่อเนื่อง โดยการประชุมกลุ่ม เพื่อร่างรูปแบบการจัดการโรคหลอดเลือดหัวใจ เครือข่ายจังหวัดสกลนคร นำรูปแบบที่ได้มาดำเนินการ

พัฒนารูปแบบการดำเนินงานทั้งหมด 3 วงรอบ โดยการทดลองปฏิบัติ สะท้อนการปฏิบัติ และสนทนากลุ่ม เพื่อปรับปรุงแก้ไข จนได้รูปแบบการจัดการที่เหมาะสม

กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ 9,512 คน ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้บริการผู้ป่วยใน หน่วยบริการแต่ละระดับ จำนวน 249 คน และกลุ่ม สนับสนุนการบริการ ได้แก่ เครือข่ายสุขภาพในชุมชน จำนวน 30 คน

วิธีการเก็บข้อมูล รวบรวมจากการสังเกตและ บันทึกการประชุมกลุ่ม 3 ครั้ง การสนทนากลุ่ม 3 ครั้ง การสังเกต และบันทึกภาคสนาม

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา **การวิจัยระยะที่ 3** ดำเนินการในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2555 -31 ธันวาคม พ.ศ.2555

เป็นการประเมินรูปแบบการจัดการโรคหลอดเลือดหัวใจ เครือข่ายจังหวัดสกลนคร ดังนี้

1. การประเมินผลเชิงปริมาณ ได้แก่

1.1 ประเมินอัตราป่วย อัตราตาย ในกลุ่มผู้ใช้บริการ ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ 9,512 คน ที่เข้ารับบริการใน โรงพยาบาลเครือข่ายจังหวัดสกลนครในระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2552 -30 กันยายน พ.ศ.2555 โดยใช้ ข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

1.2 ประเมินความคิดเห็นต่อรูปแบบการจัดการโรคหลอดเลือดหัวใจ เครือข่ายจังหวัดสกลนคร ภายหลังการพัฒนารูปแบบ โดยทีมสุขภาพที่ให้บริการผู้ป่วย จำนวน 354 คน ร่วมกันประเมิน ในหน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 167 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 17 แห่ง และ โรงพยาบาลสกลนคร ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการจัดการโรคเรื้อรังฉบับภาษาไทย⁽⁷⁾ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ และการบูรณาการองค์ประกอบการดูแล ได้แก่ การจัดระบบบริการสุขภาพ การเชื่อมโยงกับชุมชน การสนับสนุนการดูแลตนเอง การสนับสนุนการตัดสินใจ การออกแบบระบบบริการ และระบบข้อมูลทางคลินิก มีคะแนนระหว่าง 0

ถึง 11 แปลความหมายเป็นช่วงดังนี้ คะแนนระหว่าง 0-2 การสนับสนุนน้อยหรือจำกัดต่อการดูแล คะแนนระหว่าง 3-5 การสนับสนุนปานกลาง คะแนนระหว่าง 6-8 การสนับสนุนดี และคะแนนระหว่าง 9-11 การสนับสนุนดีมาก

2. การประเมินผลเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดเห็นต่อรูปแบบการจัดการโรคหลอดเลือดหัวใจ เครือข่ายจังหวัดสกลนครแบบใหม่ ของกลุ่มผู้ให้บริการ และผู้สนับสนุนการบริการ เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม การสังเกต และบันทึกการสะท้อนการปฏิบัติ

3. การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าสัดส่วน และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยโรงพยาบาลสกลนครผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์โดยชี้แจงรายละเอียดต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทำวิจัยให้แก่กลุ่มเป้าหมายและผู้ให้ข้อมูลทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน โดยไม่เปิดเผยนามผู้ให้ข้อมูล เก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ ขออนุญาตใช้เทปบันทึกเสียง ข้อมูลที่ได้จะนำเสนอในภาพรวม ผู้ให้ข้อมูลมีอิสระที่จะยินดีหรือปฏิเสธในการให้ความร่วมมือ

ผลการศึกษา

1. ข้อค้นพบเกี่ยวกับการสภาพการณ์และเงื่อนไขที่ทำให้การจัดการโรคหลอดเลือดหัวใจ เครือข่ายจังหวัดสกลนคร ไม่ได้ผลลัพธ์ที่ดี

ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ก่อนการพัฒนารูปแบบการจัดการโรคหลอดเลือดหัวใจ เครือข่ายจังหวัดสกลนคร จากการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า การสนับสนุนการจัดการโรคหลอดเลือดหัวใจ เครือข่ายจังหวัดสกลนคร ในหน่วยบริการทุกระดับทั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ อยู่ในระดับต่ำใน

ทุกด้าน รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1 และจากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ พบเงื่อนไขสำคัญที่มีผลต่อการพัฒนา ดังนี้

1.1 นโยบายขององค์กรสุขภาพ พบว่า นโยบายการจัดการโรคหลอดเลือดหัวใจเน้นเฉพาะการจัดการโรคในระยะเฉียบพลันเท่านั้น ยังขาดการจัดการภายหลังการเกิดโรค และการจัดการเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยง และขาดการเชื่อมโยงนโยบายในการดูแลผู้ป่วยในหน่วยบริการแต่ละระดับ

1.2 ระบบสารสนเทศทางคลินิก พบว่า การบันทึกข้อมูลเป็นการบันทึกการให้บริการแต่ละครั้ง ไม่ได้แยกทะเบียน ส่วนใหญ่เป็นการบันทึกในกระดาษ ไม่สามารถเรียกใช้ข้อมูลได้ทันที ไม่มีฐานข้อมูลผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยง และฐานข้อมูลโรงพยาบาลแม่ข่ายไม่สามารถเชื่อมต่อกับโรงพยาบาลในเครือข่ายได้

1.3 ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ พบว่า ขาดแนวทางปฏิบัติในการจัดการโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมกันในเครือข่าย ที่ครอบคลุมทุกระยะการดำเนินโรค ทั้ง primary, secondary และ tertiary prevention และไม่มีระบบขอคำปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญทั้งแพทย์และพยาบาล

1.4 การออกแบบระบบบริการ พบว่า การให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นการให้บริการรวมกับผู้ป่วยอื่น ๆ ขาดการออกแบบบริการที่เฉพาะสำหรับผู้ป่วยในกลุ่มโรคนี้ ไม่มีระบบการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง หรือส่งพบผู้เชี่ยวชาญเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน สำหรับกลุ่มเสี่ยงพบว่าไม่มีการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ

1.5 การสนับสนุนการจัดการตนเอง พบว่า มีระบบการให้ความรู้ผู้ป่วยในหน่วยบริการแต่ไม่เป็นรูปแบบเดียวกัน เป็นการให้ความรู้ในภาพรวม และขึ้นกับความรู้และประสบการณ์ของผู้ให้บริการยังไม่มีจัดการระบบสนับสนุนการดูแลตนเอง เช่น คู่มือผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยง การติดตามเยี่ยมบ้าน แหล่งสนับสนุนในชุมชน การให้ความรู้ผ่านสื่อต่าง ๆ เป็นต้น

1.6 การเชื่อมต่อกับชุมชน พบว่า ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลการดูแลผู้ป่วยในหน่วยบริการแต่ละระดับ และในชุมชน ขาดการประสานแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชนเพื่อร่วมในการดูแลหรือตอบสนองความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วย เช่น เครือข่ายสุขภาพ อสม. เป็นต้น

สรุปเงื่อนไขในการจัดการโรคหลอดเลือดหัวใจ เครือข่ายจังหวัดสกลนครที่สำคัญต่อการพัฒนา ประกอบด้วย 1) การนำนโยบายการจัดการโรคหลอดเลือดหัวใจสู่การปฏิบัติในหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ 2) การจัดระบบบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในเครือข่ายบริการสุขภาพทุกระดับ 3) การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจทุกระยะของการดำเนินโรค และ 4) การบูรณาการองค์ประกอบตามแนวคิดการจัดการโรคเรื้อรังและดำเนินงานในรูปแบบของเครือข่ายที่ครอบคลุมหน่วยบริการสุขภาพทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ

2. รูปแบบการจัดการโรคหลอดเลือดหัวใจเครือข่ายจังหวัดสกลนคร

ด้านปัจจัยนำเข้า คณะกรรมการพัฒนาเครือข่ายโรคหลอดเลือดหัวใจ จังหวัดสกลนคร มีการดำเนินงาน ดังนี้

1) นโยบายการจัดการโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้บริหาร หรือผู้อำนวยการนำนโยบายการจัดการโรคหลอดเลือดหัวใจลงสู่การปฏิบัติครอบคลุมหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ มีการบูรณาการด้านนโยบายและบริหารทรัพยากรเพื่อสนับสนุนการพัฒนา กำหนดให้มีผู้รับผิดชอบในทุกหน่วยบริการและมีผู้ประสานการจัดการระหว่างเครือข่าย

2) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยบูรณาการทุกองค์ประกอบตามแนวคิดการจัดการโรคเรื้อรัง ในหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ และการกำหนดให้มีการจัดการดูแลผู้ป่วยครบวงจรโดยครอบคลุมทุกระยะของการดำเนินโรคตามบริบทของหน่วยบริการ ดังนี้

2.1 หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จัดระบบบริการเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดโรค และการดูแลต่อเนื่องในชุมชนเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

2.2 หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ จัดระบบบริการรองรับผู้ป่วยในระยะเฉียบพลัน ให้สามารถเข้าถึงการวินิจฉัย การจัดการดูแลเบื้องต้น และจัดการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าในเวลาที่รวดเร็วและปลอดภัย และสามารถให้บริการรักษาผู้ป่วยต่อเนื่องภายหลังการเกิดโรค

2.3 หน่วยบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ จัดระบบบริการให้การดูแลผู้ป่วยในระยะเฉียบพลัน ให้การวินิจฉัย การตรวจพิเศษที่จำเป็น ให้การรักษาตามมาตรฐาน และสามารถรองรับการส่งต่อจากโรงพยาบาลในเครือข่าย และจัดระบบให้คำปรึกษาแก่โรงพยาบาลในเครือข่าย

ด้านกระบวนการ ดำเนินงานโดยการบูรณาการทำงานในรูปแบบเครือข่าย โดยให้หน่วยบริการทุกระดับ ทีมสุขภาพ องค์กรที่เกี่ยวข้อง และชุมชน ร่วมกัน ดำเนินการ กำหนดผู้รับผิดชอบงาน และผู้ประสานงาน ดำเนินการทั้งหมด 3 วงรอบมีรายละเอียด ดังนี้

วงรอบที่ 1

เริ่มจากการพัฒนาแบบแผนการจัดการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลสกลนคร โดยดำเนินการพัฒนาบุคลากร ทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง จัดตั้งทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และนักกายภาพบำบัด การออกแบบระบบบริการที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยในระยะเฉียบพลัน และรองรับการส่งต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลเครือข่าย ได้แก่ ระบบช่องทางด่วนพิเศษ การดูแลผู้ป่วยโดยใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี การขยายเตียงเพื่อรองรับผู้ป่วยวิกฤติโรคหัวใจจำนวน 8 เตียง การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกันในทีม ระบบการให้คำปรึกษา และการตรวจพิเศษด้านโรคหัวใจ ได้แก่ การตรวจ echocardiography และ exercise stress test เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจ พัฒนาระบบฐานข้อมูลที่จำเป็นในการ

ดูแลผู้ป่วยในรูปแบบ electronic data base เพื่อให้สามารถใช้ข้อมูลร่วมกันและเรียกดูได้ตลอดเวลา และมีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วย

จากนั้นได้จัดการประชุมกลุ่มเป้าหมาย เพื่อการสะท้อนการปฏิบัติในครั้งที่ 1 พบว่า

1. ผู้รับบริการเข้าถึงบริการตรวจ วินิจฉัย และการรักษาที่จำเป็นตามมาตรฐานที่รวดเร็ว ได้รับการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้รับข้อมูลการดูแลตนเองระหว่างที่อยู่โรงพยาบาล แต่ข้อมูลที่ได้รับมีจำนวนมาก ทำให้ผู้ป่วยจำไม่ได้ และยังขาดระบบการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

2. ผู้ให้บริการในโรงพยาบาลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น มีการประสานการดูแลผู้ป่วยร่วมกันในทีม แก้ไขปัญหาพร้อมกัน ทำให้การดูแลผู้ป่วยไม่แยกส่วน และยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีฐานข้อมูลที่เป็นที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย แต่ยังขาดการเชื่อมโยงข้อมูลสู่โรงพยาบาลเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

3. ระบบบริการ พบว่า มีการจัดระบบบริการที่เฉพาะสำหรับโรคหลอดเลือดหัวใจ มีระบบทางด่วนพิเศษในระยะเฉียบพลัน ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่รวดเร็ว แต่พบว่าผู้ป่วยในระยะเฉียบพลันยังมีความล่าช้าในการเข้าถึงบริการ เนื่องจากการรับรู้อาการของผู้ป่วยเอง การส่งผู้ป่วยจากชุมชน และการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล

4. ด้านผู้สนับสนุนการบริการและชุมชน ยังขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

วงรอบที่ 2

การประชุมกลุ่ม ถูกนำมาใช้เพื่อสะท้อนการปฏิบัติ และข้อเสนอแนะจากการสนทนากลุ่มในวงรอบที่ 1 นำมาพัฒนาโดยการพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน การจัดกิจกรรมวิชาการสัญจร โดยโรงพยาบาลแม่ข่าย การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ในระดับเครือข่าย การพัฒนาระบบการให้คำปรึกษาในระดับเครือข่ายโดยเพิ่มช่องทางการให้คำปรึกษา เช่น line

Skype face time เป็นต้น สนับสนุนอุปกรณ์เครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็น พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนเครือข่าย เพื่อให้การดูแลเป็นไปในทิศทางเดียวกัน การเชื่อมโยงข้อมูลบริการระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่าย และเครือข่าย โดยโรงพยาบาลแม่ข่าย จัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยที่จำเป็น (minimal data set) แยกตามเครือข่าย และส่งข้อมูลให้กับโรงพยาบาลในเครือข่ายทุกเดือน เพื่อให้จัดทำฐานข้อมูลของตนเอง จัดให้มีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีในโรงพยาบาลชุมชน พัฒนาระบบการส่งต่อทั้งการนำส่งผู้ป่วยจากชุมชน โดยประสานกับองค์การบริหารส่วนตำบลในการจัดอบรมให้แก่ หน่วยกู้ชีพในชุมชน ทั้งจังหวัด และการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลโดยกำหนดเป้าหมายร่วมกัน คือ สามารถส่งต่อผู้ป่วยได้ภายใน 30 นาที หน่วยการแพทย์ฉุกเฉินจัดทำแผนที่บ้านผู้ป่วย การพัฒนาระบบสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย ได้แก่ การจัดทำคู่มือการดูแลตนเอง ช่องทางการขอคำปรึกษาจากพยาบาลผู้จัดการรายกรณี และสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

จากนั้นจึงได้จัดประชุมกลุ่มเพื่อสะท้อนการปฏิบัติในครั้งที่ 2 พบว่า

1. ผู้รับบริการในโรงพยาบาลชุมชนเครือข่าย ได้รับการตรวจวินิจฉัย ให้การรักษาเบื้องต้น และส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายในเวลาที่เหมาะสม ภายหลังการเจ็บป่วยได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง ในรูปแบบการเยี่ยมบ้านและโทรศัพท์ติดตาม

2. ผู้ให้บริการในโรงพยาบาลชุมชนมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย มีฐานข้อมูลที่เป็นที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยที่เชื่อมโยงจากโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยใช้ชุดข้อมูล (data set) โปรแกรมการส่งต่อ และโปรแกรมการดูแลต่อเนื่อง

3. ระบบบริการระหว่างโรงพยาบาล พบว่า มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายที่รวดเร็วตามเกณฑ์ที่กำหนด แต่ยังคงพบว่าผู้ป่วยบางรายมาโรงพยาบาลช้า เนื่องจากลักษณะภูมิประเทศและระยะทาง

และระบบบริการออกแบบเน้นเฉพาะการดูแลผู้ป่วยเชิงรับ ขาดระบบบริการเชิงรุกในชุมชน และเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยง

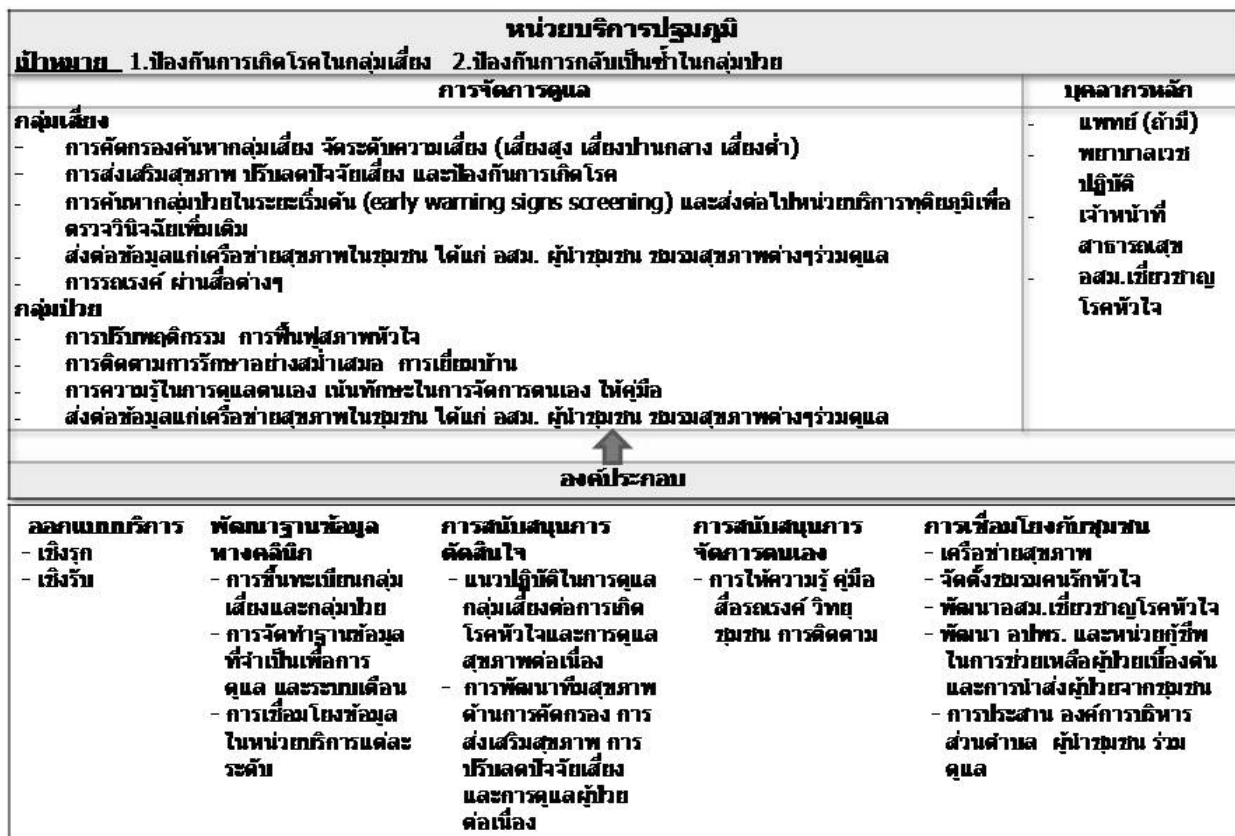
4. การมีส่วนร่วมของภาคประชาชน พบว่ามี การจัดตั้งชมรมคนรักหัวใจสกลนคร มีจิตอาสาในการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล และชุมชน

วงรอบที่ 3

นำผลจากการประชุมเพื่อสะท้อนการปฏิบัติและข้อเสนอแนะจากการสนทนากลุ่มมาทำการพัฒนาหน่วยบริการในโรงพยาบาลชุมชนที่มีอายุแพทย์เพื่อให้รองรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในระยะเฉียบพลันที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด พร้อมจัดโซนการส่งต่อใหม่ พัฒนาระบบบริการเชิงรุกในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ การคัดกรองค้นหากลุ่มเสี่ยง การขึ้นทะเบียนกลุ่มเสี่ยง การจัด

กิจกรรมเพื่อปรับลดปัจจัยเสี่ยง เน้นการส่งเสริมการจัดการตนเอง การให้ความรู้ถึงสัญญาณเตือนโรคหัวใจผ่านสื่อ ได้แก่ วิทยุชุมชน แผ่นป้าย เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว การเรียกใช้บริการ 1669 การพัฒนาระบบการนำส่งผู้ป่วยจากชุมชน ได้แก่ ระบบการแพทย์ฉุกเฉินด้านโรคหัวใจ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ได้แก่ องค์กรบริหารส่วนตำบลในการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย การสนับสนุนงบประมาณในการคัดกรอง และส่งเสริมสุขภาพ และการสร้างเครือข่ายสุขภาพในชุมชนเพื่อการดูแลกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยได้แก่ การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนสู่การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนเชี่ยวชาญโรคหัวใจ

จากนั้นได้จึงได้จัดประชุมกลุ่มเพื่อสะท้อนการปฏิบัติในครั้งที่ 3 พบว่า



รูปที่ 1 รูปแบบการจัดการและองค์ประกอบหลักในการจัดการโรคหลอดเลือดหัวใจในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เครือข่ายจังหวัดสกลนคร

1. ผู้รับบริการ สามารถเข้าถึงบริการด้านการดูแลรักษาได้รวดเร็วขึ้น มีการส่งต่อข้อมูลการดูแลให้หน่วยบริการที่ดูแลต่อเนื่อง กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยบูรณาการคัดกรองพร้อมกับโรคเรื้อรังอื่น ซึ่งลดความซ้ำซ้อน และลดภาระงาน

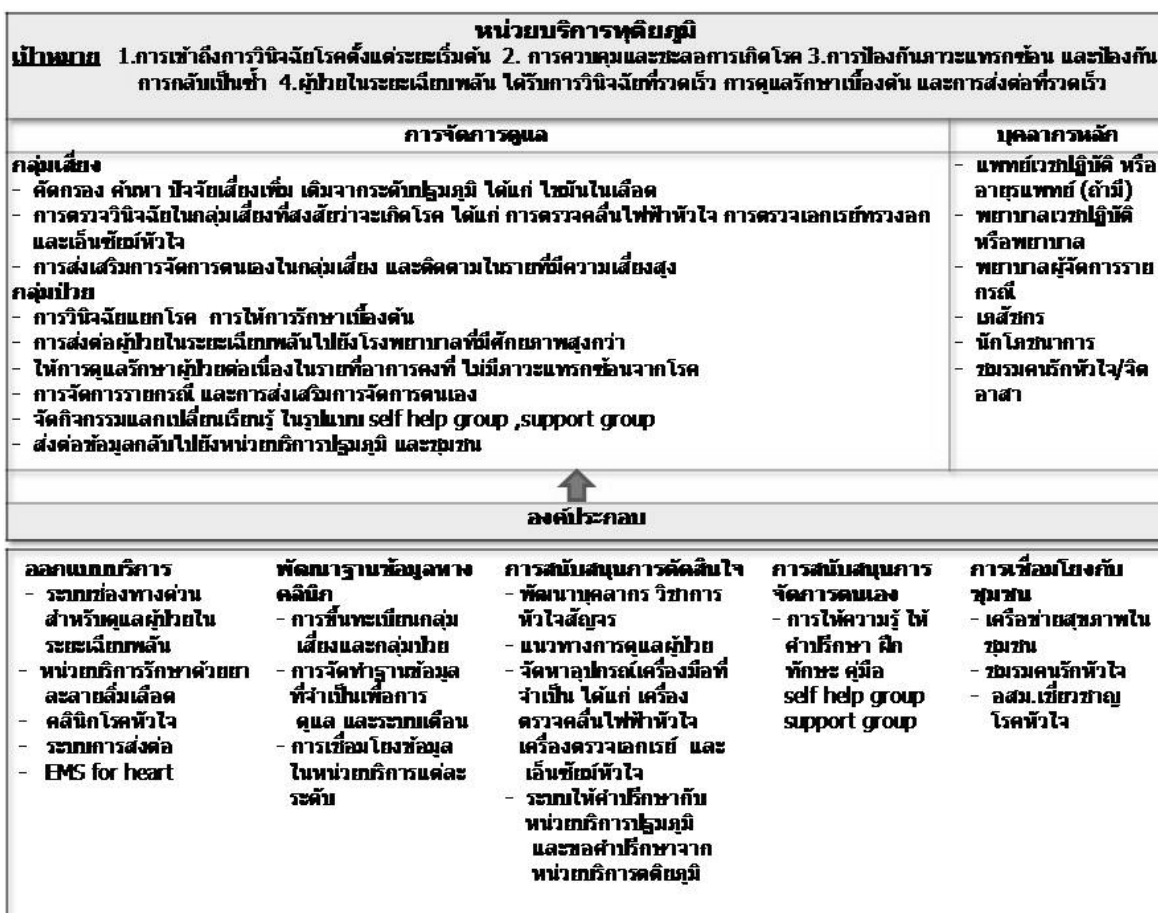
2. ผู้ให้บริการในหน่วยบริการทุกระดับมีความมั่นใจในการให้บริการผู้ป่วยมากขึ้น ให้บริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพแบบองค์รวมโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

3. ระบบบริการ มีหน่วยบริการให้การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในระยะเฉียบพลัน ด้วยยาละลายลิ่มเลือดในโรงพยาบาลชุมชนเครือข่าย 2 หน่วยบริการ คือ โรงพยาบาลพระยุพราชสว่างแดนดิน และโรงพยาบาลวานรนิวาส และจัดระบบการส่งต่อผู้ป่วย

ในระยะเฉียบพลันที่ต้องได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด เป็น 3 โชน เพื่อเอื้อในการเข้าถึงการรักษามากขึ้นตามลักษณะภูมิประเทศและระยะทาง โดยมีโรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นพี่เลี้ยง มีระบบให้คำปรึกษาการดูแลต่อเนื่องในกลุ่มป่วย และบริการเชิงรุกสำหรับกลุ่มเสี่ยง ในรูปแบบการส่งเสริมสนับสนุนการจัดการตนเอง (self management)

4. การมีส่วนร่วมของกลุ่มสนับสนุนบริการ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนเชี่ยวชาญโรคหัวใจ เครือข่ายสุขภาพชุมชน ขยายชมรมคนรักหัวใจจำนวน 7 อำเภอ เกิดตำบลต้นแบบต้านโรคหัวใจ จำนวน 3 แห่ง และเกิดรูปแบบการมีส่วนร่วม ได้แก่ support group, self help group

จากนั้นได้ทำการสนทนากลุ่มกับกลุ่มเป้าหมาย ได้



รูปที่ 2 รูปแบบการจัดการและองค์ประกอบหลักในการจัดการโรคหลอดเลือดหัวใจในหน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิเครือข่ายจังหวัดสกลนคร

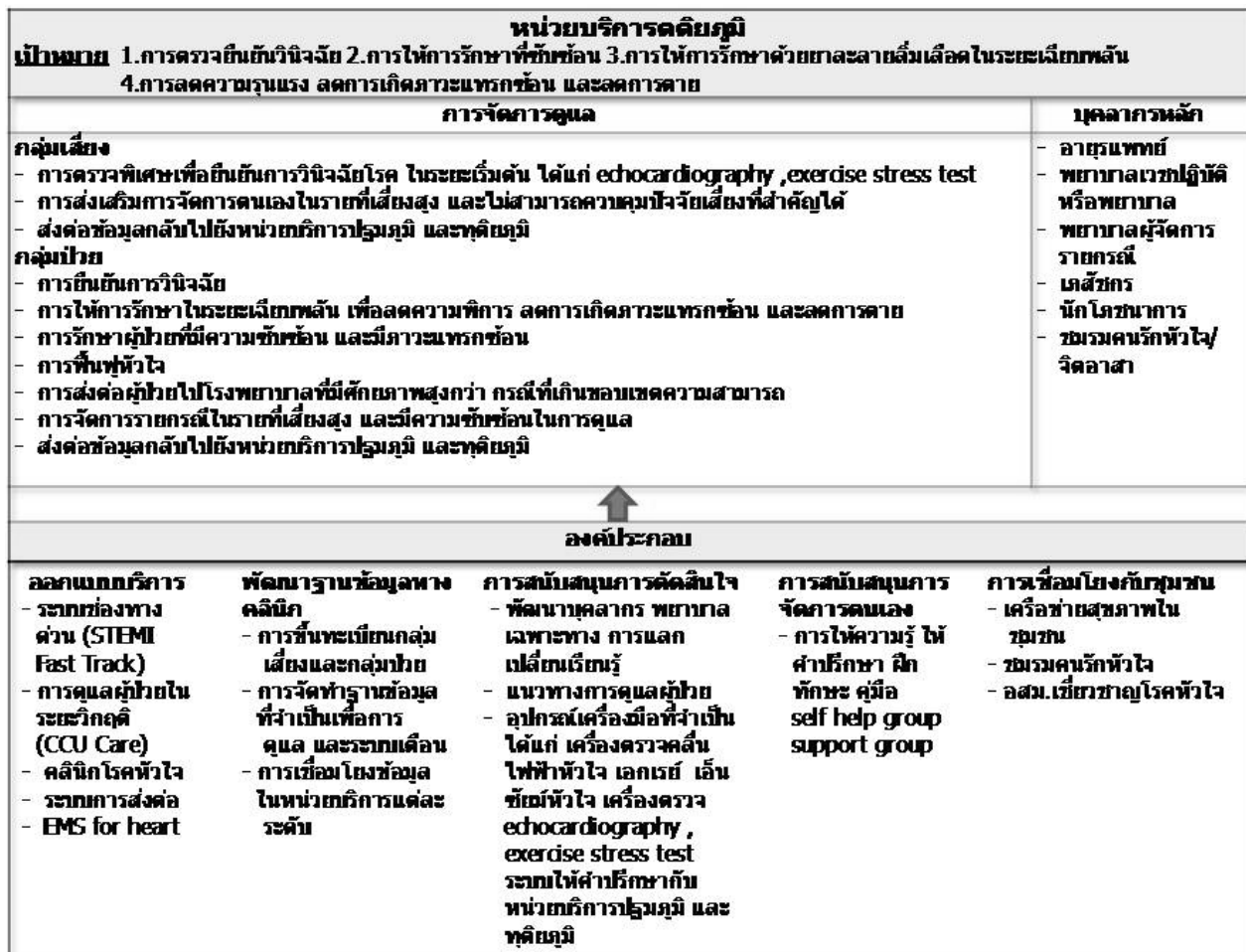
ข้อสรุปว่า แบบแผนการจัดการโรคหลอดเลือดหัวใจ เครือข่ายจังหวัดสกลนครที่มีการดำเนินงานร่วมกัน เป็นการพัฒนา จากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายโดยมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นศูนย์กลางการดูแล ประกอบด้วยระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจครบวงจรครอบคลุมในทุกระยะของการดำเนินโรคในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยการบูรณาการทุกองค์ประกอบตามแนวคิดการจัดการโรคเรื้อรัง ให้การดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเน้นให้ผู้ป่วยจัดการตนเอง และการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนและภาคีเครือข่าย โดยผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ประสานทีมและหน่วยงานองค์กรที่เกี่ยวข้องในการดูแล ดังสรุปและแสดงไว้ในรูปที่ 1, 2 และ 3

ด้านผลลัพธ์

1. ด้านผู้รับบริการ การพัฒนาแบบแผนการจัดการโรคหลอดเลือดหัวใจเครือข่ายจังหวัดสกลนคร มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจรวมทั้งสิ้น 9,512 คน และเสียชีวิตทั้งหมด 466 คน เมื่อคิดอัตราป่วยและอัตรายตต่อแสนประชากรแล้วพบว่า ภายหลังจากพัฒนามีอัตรายตลดลง แต่อัตรายตป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในระยะแรก และลดลงในปี 2555 ดังแสดงในรูปที่ 4

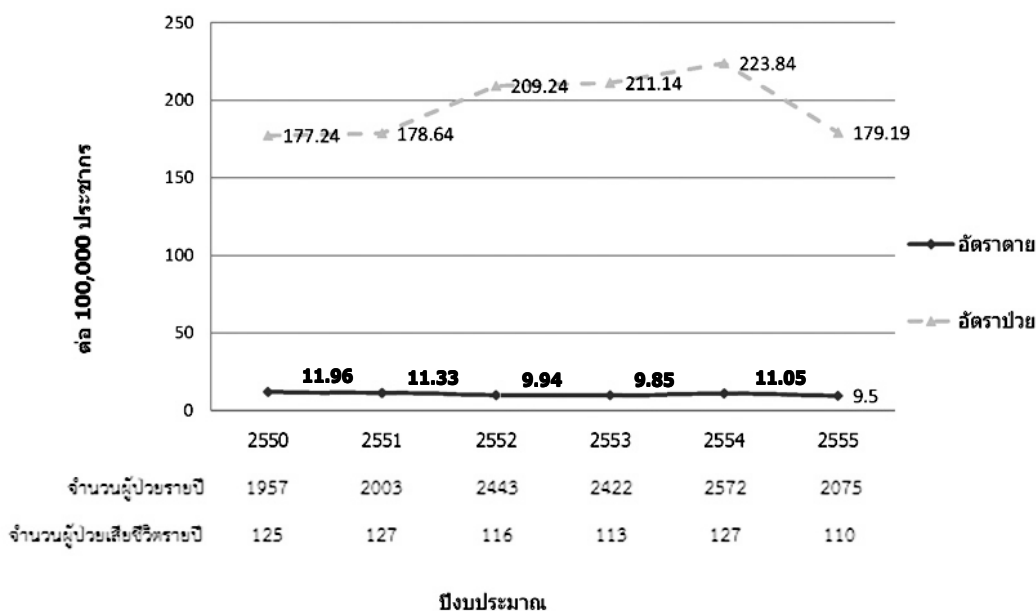
2. ด้านผู้ให้บริการ

2.1 ผลการประเมินความคิดเห็นต่อแบบแผนการจัดการโรคหลอดเลือดหัวใจ เครือข่ายจังหวัดสกลนคร ภายหลังจากพัฒนาแบบแผนการดูแล พบว่า หน่วยบริการ



รูปที่ 3 แบบแผนการจัดการ และองค์ประกอบหลักในการจัดการโรคหลอดเลือดหัวใจในหน่วยบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ เครือข่ายจังหวัดสกลนคร

ข้อมูลโรคหลอดเลือดหัวใจ ปีงบประมาณ 2550-2555



รูปที่ 4 อัตราตาย และอัตราป่วยต่อแสนประชากรของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

สุขภาพทุกระดับ มีคะแนน ACIC ในทุกองค์ประกอบดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาารูปแบบ และเมื่อพิจารณาตามหน่วยบริการ พบว่า หน่วยบริการตติยภูมิ มีคะแนนด้านการออกแบบระบบบริการสูงสุด รองลงมา คือ การบูรณาการองค์ประกอบการดูแล และการสนับสนุนการตัดสินใจ หน่วยบริการทุติยภูมิ คะแนนด้านการสนับสนุนการดูแลตนเองสูงสุด รองลงมา คือ การเชื่อมโยงกับชุมชน และการบูรณาการองค์ประกอบการดูแล หน่วยบริการปฐมภูมิมีคะแนนด้านการเชื่อมโยงกับชุมชนสูงสุด รองลงมา คือ การสนับสนุนการดูแลตนเอง และการบูรณาการองค์ประกอบการดูแล ดังแสดงในตารางที่ 1

2.2 จากการสนทนากลุ่ม และการสังเกตพบว่า ผู้ให้บริการมีความคิดเห็นต่อรูปแบบการจัดการแบบใหม่ไปในทิศทางเดียวกัน ดังนี้

1) ความสอดคล้องกับปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย พบว่า จังหวัดสกลนคร มีการจัดการโรคหลอดเลือดหัวใจในรูปแบบเครือข่ายที่

สามารถเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยในหน่วยบริการสุขภาพทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ครอบคลุมการจัดการดูแลทุกระยะของการดำเนินโรค ทำให้อัตราการตายของผู้ป่วยมีแนวโน้มลดลง สามารถค้นหาผู้ป่วยได้มากขึ้นดังจะเห็นว่าอัตราป่วยในปี 2552-2554 เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา และมีการดำเนินการจัดการกับกลุ่มเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดโรค ทำให้อัตราป่วยเริ่มลดลง ดังข้อมูลในปี 2555

2) ความพึงพอใจ พบว่าทีมสุขภาพในหน่วยบริการทุกระดับมีความพึงพอใจกับรูปแบบใหม่ เนื่องจากการพัฒนารูปแบบโดยทุกฝ่ายมีส่วนร่วม มีการเชื่อมโยงข้อมูลการดูแลผู้ป่วย ออกแบบระบบบริการที่สอดคล้องกับบริบทของหน่วยบริการแต่ละระดับ เชื่อมโยงการดูแลในรูปแบบเครือข่ายโดยมีผู้รับผิดชอบและประสานเครือข่ายที่ชัดเจน ลดความล่าช้า และความซ้ำซ้อนในการประสานการดูแล

3. ด้านผู้ให้การสนับสนุนการดูแล

3.1 เครือข่ายการดูแลภาคประชาชน พบว่า เกิด

ตารางที่ 1 ผลการประเมินรูปแบบการจัดการโรคหลอดเลือดหัวใจ เครือข่ายจังหวัดสกลนครก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ (n = 185)

องค์ประกอบ	หน่วยบริการตติยภูมิ		หน่วยบริการทุติยภูมิ		หน่วยบริการปฐมภูมิ	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
การจัดระบบบริการสุขภาพ (Health system organization)	2.73	7.79	1.73	7.48	1.71	6.24
การเชื่อมโยงกับชุมชน (Community linkage and polices)	2.84	7.38	2.88	7.72	2.73	7.75
การสนับสนุนการดูแลตนเอง (Self-management support)	1.97	7.51	1.54	7.88	1.34	7.58
การสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision support)	2.52	8.34	1.67	6.97	1.47	5.87
การออกแบบระบบบริการ (Delivery system design)	2.87	8.52	2.56	6.98	2.18	6.04
ระบบข้อมูลทางคลินิก (Clinical information system)	2.21	7.03	2.05	6.52	1.95	5.39
บูรณาองค์ประกอบดูแล (Component integration)	2.68	7.98	2.42	7.58	1.98	6.95

หมายเหตุ: คะแนนเต็ม 11 คะแนน

เครือข่ายการดูแลในรูปแบบของชมรมคนรักหัวใจ ซึ่งเริ่มต้นจากหน่วยบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ ไปสู่หน่วยบริการระดับตติยภูมิ จำนวน 7 แห่ง และมีส่วนร่วมในลักษณะของจิตอาสาในการดูแลทั้งในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย ในรูปแบบของ support group และ self help group มีการขยายการมีส่วนร่วมจากเฉพาะในโรงพยาบาล สู่การติดตามเยี่ยมบ้าน

3.2 เครือข่ายสุขภาพในชุมชน พบว่า มีการพัฒนา อสม.ที่มีอยู่เดิมสู่การเป็น อสม.เชี่ยวชาญโรคหัวใจ ให้การติดตามดูแลผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงในชุมชน

3.3 การสนับสนุนของภาคีเครือข่าย ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบลสนับสนุนงบประมาณในการจัดอบรมหน่วยกู้ชีพ และอาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือนครอบคลุมทั้งจังหวัดในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหัวใจเบื้องต้นและการนำส่งผู้ป่วย การสนับสนุนงบประมาณในการคัดกรองค้นหากลุ่มเสี่ยง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิดการส่งเสริมการจัดการตนเอง

วิจารณ์

ข้อค้นพบจากกระบวนการพัฒนารูปแบบการจัดการโรคหลอดเลือดหัวใจ เครือข่ายจังหวัดสกลนคร โดยการมีส่วนร่วมครั้งนี้ มีดังนี้

1. ข้อค้นพบในระยะวิเคราะห์สถานการณ์ สะท้อนให้เห็นเงื่อนไขในการจัดการโรคหลอดเลือดหัวใจ เครือข่ายจังหวัดสกลนคร 2 ประการ คือ 1) ผู้บริหาร หรือ ผู้นำองค์กร มีบทบาทสำคัญในการผลักดันนโยบายสู่การปฏิบัติ โดยต้องมีการเชื่อมโยงนโยบายในหน่วยบริการสุขภาพในเครือข่ายทุกระดับ เนื่องจากระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีความเกี่ยวข้องในหน่วยบริการทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ เพื่อให้เกิดความร่วมมือ และเห็นความสำคัญในการพัฒนา กำหนดทิศทางและวางเป้าหมายเดียวกัน และบูรณาการนโยบายลงสู่การปฏิบัติในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การส่งเสริมด้านการพัฒนาบุคลากร จัดสรรบุคลากร มอบหมายผู้รับผิดชอบโดยตรง สนับสนุนด้านงบประมาณในการพัฒนางาน พัฒนาคน พัฒนาทางด้านเทคโนโลยีที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย และการจัดสรรทรัพยากรที่จำเป็นตลอดจนการสร้างความร่วมมือ และความเข้มแข็งในภาคีเครือข่าย^(9,10) 2) การออกแบบระบบบริการสุขภาพสำหรับโรคหลอดเลือดหัวใจต้องมีการออกแบบในหน่วยบริการทุกระดับ ซึ่งต้องครอบคลุมการจัดการดูแลผู้ป่วยในทุกระยะของการเกิดโรค และต้องมีการบูรณาการทุกองค์ประกอบตามแนวคิดการจัดการโรคเรื้อรัง ได้แก่ นโยบายขององค์กรสุขภาพที่ผู้บริหารต้องเป็นผู้นำ และสนับสนุนการ

เปลี่ยนแปลงระบบบริการที่เน้นเฉพาะการดูแลในระยะเฉียบพลันในโรงพยาบาลสู่การจัดบริการเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยง และการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ระบบสารสนเทศทางคลินิก หน่วยบริการทุกระดับเครือข่ายจัดให้มีการลงทะเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และกลุ่มเสี่ยง และจัดทำฐานข้อมูลที่เป็นประจำเพื่อใช้ในการติดตามดูแลระบบเตือน และเชื่อมโยงข้อมูลการดูแลระหว่างทีมการออกแบบระบบบริการ โดยการกำหนดบทบาทหน้าที่ของหน่วยบริการสุขภาพในแต่ละระดับ และออกแบบระบบบริการที่มีความสอดคล้องกับบริบทของหน่วยบริการสุขภาพ กำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมที่ชัดเจนภายในทีมสหสาขาวิชาชีพ จัดให้มี case manager ในการประสานทีมในการดูแลรักษาผู้ป่วย ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ โดยจัดให้มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกันอ้างอิงตามแนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และจัดระบบคำปรึกษาของแพทย์ และพยาบาล ในหลากหลายช่องทางสำหรับหน่วยบริการทุกระดับ เช่น line, skype เป็นต้น การสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยเน้นให้ผู้ป่วยจัดการตนเอง จัดทำคู่มือดูแลตนเอง การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน การโทรศัพท์ติดตาม และการสนับสนุนการรวมกลุ่มกันของผู้ป่วยเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และการเชื่อมต่อกับชุมชน โดยใช้ทรัพยากรและแหล่งสนับสนุนในชุมชน ได้แก่ อสม. เครือข่ายสุขภาพ และสร้างความร่วมมือขององค์กรในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับศึกษาที่ผ่านมา⁽¹¹⁻¹⁵⁾ ได้มีการนำแนวคิด CCM มาใช้ในการจัดการโรคเรื้อรังสำหรับโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคถุงลมโป่งพอง พบว่าสามารถเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยได้ แต่การศึกษาที่ผ่านมาเน้นเป็นการศึกษาเฉพาะในหน่วยบริการปฐมภูมิ และศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งมีความแตกต่างกับการศึกษาครั้งนี้ที่ได้นำแนวคิดนี้มาใช้ในการจัดการดูแลผู้ป่วยในหน่วยบริการทุกระดับ

2. รูปแบบการจัดการโรคหลอดเลือดหัวใจ เครือข่ายจังหวัดสกลนคร เป็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้น จากความ

ต้องการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ ซึ่งเริ่มต้นจากการศึกษาสถานการณ์ปัญหาเพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงปัญหาและความต้องการพัฒนาอย่างถ่องแท้ การดำเนินการพัฒนาที่อาศัยความร่วมมือของภาคีเครือข่าย และออกแบบระบบบริการภายใต้ปัญหา และบริบทของเครือข่ายบริการ การวิจัยนี้ใช้กระบวนการพัฒนาเป็นวงจรป้อนกลับ และทำการแก้ไขปรับปรุงอย่างต่อเนื่องจนเกิดรูปแบบที่สามารถลดปัญหาที่เกิดขึ้นได้สอดคล้องกับ Ceriello และคณะ⁽¹⁶⁾ ที่ได้นำกระบวนการวงจรป้อนกลับมาพัฒนาการจัดการโรคเบาหวานพบว่าสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลได้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 1) การจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในรูปแบบเครือข่ายที่เชื่อมโยงกันในหน่วยบริการทุกระดับ กำหนดบทบาทหน้าที่และผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนในการจัดการโรคหลอดเลือดหัวใจในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ ให้บริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ประสานทีมและเครือข่าย 2) การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจครอบคลุมในทุกระยะของการเกิดโรค ได้แก่ การจัดการกับกลุ่มเสี่ยงในระยะก่อนเกิดโรค การจัดการกับกลุ่มป่วยในระยะเฉียบพลัน และการจัดการภายหลังการเกิดโรค และ 3) การให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการดูแล ด้วยการเสริมศักยภาพชุมชน การสนับสนุนเครือข่ายภาคประชาชน การจัดตั้งชมรมคนรักหัวใจ จัดอาสาดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ พัฒนาศูนย์สุขภาพในชุมชน ได้แก่ อสม. เขียวชาญโรคหัวใจ อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน และการสร้างความร่วมมือในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รูปแบบที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นในด้านลดอัตราการตาย ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพในการจัดการโรคที่ดีขึ้น สำหรับอัตราป่วยพบว่าเพิ่มขึ้นในระยะแรก สะท้อนถึงผลการพัฒนาในลักษณะของระบบการเก็บข้อมูลดีขึ้น การค้นหาผู้ป่วยได้มากขึ้น และในระยะหลังพบอัตราการป่วยลดลง สะท้อนถึงคุณภาพการจัดการกลุ่มเสี่ยง ซึ่งสัมพันธ์กับคะแนน ACIC ที่เพิ่ม

ขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาในทุกองค์ประกอบสอดคล้องกับ Singh D⁽⁹⁾ ที่เสนอรูปแบบการจัดการโรคเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพต้องจัดระบบบริการที่ครอบคลุมทุกระยะของการดำเนินของโรค การจัดระบบบริการที่เชื่อมโยง การดูแลผู้ป่วยในทุกระดับของการบริการในรูปแบบของเครือข่าย ออกแบบระบบบริการจัดการดูแลผู้ป่วยครบวงจร การดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งรูปแบบการจัดการรายกรณี จัดให้มีระบบการขึ้นทะเบียนกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย มีแนวทางปฏิบัติร่วมกันในเครือข่าย การส่งเสริมการจัดการตนเอง และการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน^(10,17) และการจัดการโรคเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพ เกิดจากการใช้ปัญหาและความต้องการเป็นตัวตั้ง การสร้างความร่วมมือในทุกภาคส่วน การเชื่อมประสานการดูแลในหน่วยบริการสุขภาพ และการใช้ทุนทางสังคม⁽¹⁸⁾ ซึ่งรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความแตกต่างจากการพัฒนาระบบและเครือข่ายโรคหัวใจอื่น ๆ⁽¹⁹⁻²³⁾ ที่เน้นเฉพาะการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในระยะเฉียบพลัน ให้ผู้ป่วยเข้าถึง

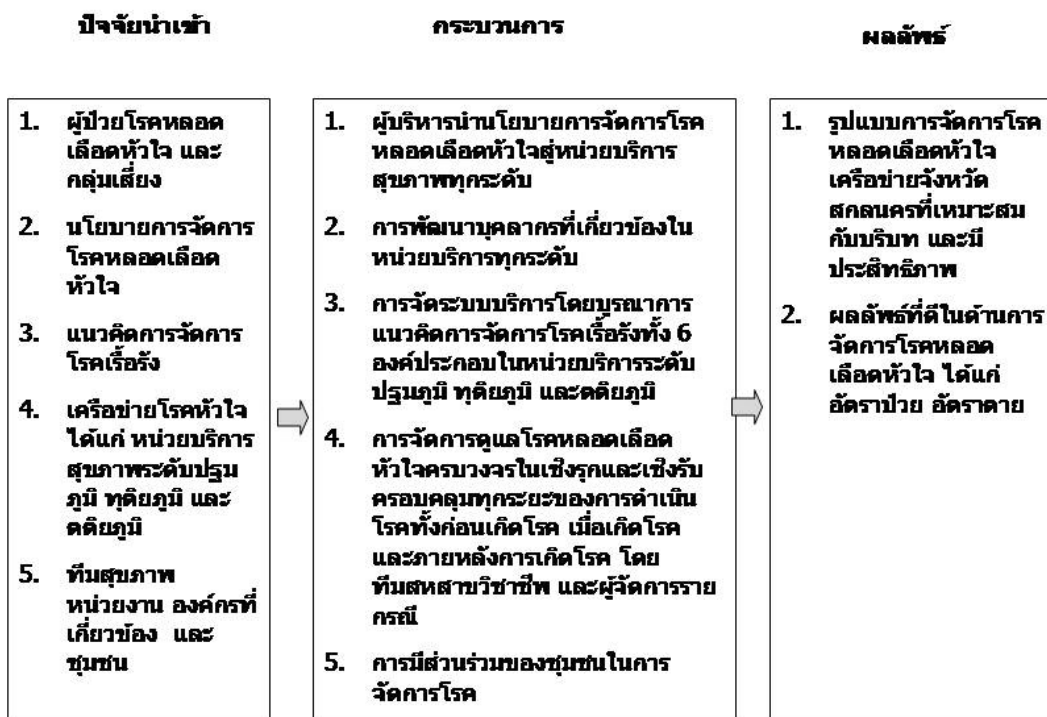
บริการการรักษาที่รวดเร็ว แต่ไม่ครอบคลุมการจัดการดูแลในระยะก่อนเกิดโรค และภายหลังการเกิดโรค การออกแบบบริการเป็นการออกแบบบริการเชิงรับในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ไม่แสดงถึงการออกแบบบริการในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ และระดับทุติยภูมิ

สรุป

การพัฒนาารูปแบบการจัดการโรคหลอดเลือดหัวใจ เครือข่ายจังหวัดสกลนคร พัฒนาขึ้นจากแนวคิดการพัฒนาเชิงระบบและประยุกต์ใช้รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง ทั้ง 6 องค์ประกอบโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย และทำการแก้ไขปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ได้รูปแบบการจัดการที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบท ภายใต้เครือข่ายจังหวัดสกลนคร ดังสรุปไว้ในรูปที่ 5

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนาารูปแบบการจัดการโรคหลอดเลือด



รูปที่ 5 การพัฒนาารูปแบบการจัดการโรคหลอดเลือดหัวใจ เครือข่ายจังหวัดสกลนคร

หัวใจ ควรมีการพัฒนาในหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับไปพร้อม ๆ กันอย่างต่อเนื่อง ในรูปแบบเครือข่าย ให้ความสำคัญกับการจัดการดูแลผู้ป่วยตลอดระยะของการดำเนินโรคทั้งในรูปแบบเชิงรุกและเชิงรับ โดยเน้นให้ผู้ป่วยจัดการตนเอง ทั้งนี้ผู้บริหารหรือผู้นำองค์กรควรเห็นถึงความสำคัญ และผลักดันนโยบายลงสู่การปฏิบัติอย่างแท้จริง กำหนดเป็นแผนยุทธศาสตร์ในการพัฒนา กลวิธีสำคัญในการพัฒนา คือ การใช้ปัญหาเป็นตัวตั้งต้นในการแก้ปัญหา โดยการกระตุ้นให้สะท้อนคิดปัญหาจากการปฏิบัติของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันหาสาเหตุของปัญหาและคิดตัดสินใจหารูปแบบใหม่ นำไปทดลองปฏิบัติ จะทำให้เกิดการปรับปรุงแนวทางปฏิบัติ จนได้รูปแบบที่เหมาะสม ควรมีการใช้เทคนิคการเสริมพลังเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง การให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา และการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายสุขภาพในชุมชน จะทำให้เกิดรูปแบบการจัดการโรคหลอดเลือดหัวใจที่ยั่งยืน

2. ควรสนับสนุนให้นำแนวคิดการจัดการโรคเรื้อรังไปใช้ในการพัฒนาการจัดการโรคเรื้อรังอัตราตายสูงอื่น ๆ โดยการวิเคราะห์หาจุดเด่น จุดด้อย โอกาส และอุปสรรค ในแต่ละองค์ประกอบของการจัดการโรคเรื้อรัง และเลือกเงื่อนไขที่ทำให้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยไม่ได้ตามต้องการ มาเป็นปัจจัยนำเข้าไปในกระบวนการพัฒนา

3. ควรวิจัยพัฒนางานด้านการจัดการโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สามารถอธิบายผลการดำเนินงานที่สมบูรณ์มากขึ้น ครอบคลุมผลลัพธ์ด้านการจัดการกลุ่มเสี่ยง และเป็นต้นแบบที่ดี

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ แพทย์หญิงจาดศรี ประจวบเหมาะ ประธานคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิศูนย์โรคหัวใจ กระทรวงสาธารณสุข นายแพทย์จิตติ โฆษิตชัยวัฒน์ ศูนย์หัวใจ โรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี อาจารย์เพ็ญจันทร์ แสนประสาน นายกสมาคมพยาบาลโรคหัวใจและ

ตรวจออกแห่งประเทศไทย คุณปิยนุช บุญทอง พยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูงสาขาการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลสกลนคร ที่ให้คำปรึกษาตลอดงานวิจัย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สนับสนุนทุนการวิจัยบางส่วน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร หน่วยบริการสุขภาพทุกแห่งในเครือข่ายจังหวัดสกลนคร ผู้ร่วมวิจัย ตลอดจนผู้ป่วยและญาติทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี งานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. ข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี 2548-2550. [online] [สืบค้นเมื่อ 11 กุมภาพันธ์ 2551]; แหล่งข้อมูล: URL: <http://www.thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-dataphp>.
2. ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร. สรุปสถิติข้อมูลการบริการโรงพยาบาลสกลนครประจำปี 2545-2549. สกลนคร: กลุ่มงานพัฒนาบริการและวิชาการ โรงพยาบาลสกลนคร; 2549.
3. Kemmis SB, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University; 1988.
4. ICIC, MacColl Institute for Health Care Innovation. Chronic Care Model. [online] [cited 2002 Jan 5]; Available from: URL: http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_Care_Model&s=2
5. ศิริวัชร จิรวัดน์กุล. การวิจัยเชิงคุณภาพในวิชาชีพการพยาบาล. ขอนแก่น: ศิริภรณ์ซอฟต์แวร์; 2548.
6. สุพงศ์ นิมกุลรัตน์. การใช้ SWOT วางแผนกลยุทธ์ในองค์กร. วารสารศูนย์เครื่องมือวิจัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2550; 15(1):81-6.
7. ICIC, MacColl Institute for Health Care Innovation. Clinical Practice Change. [online] [cited 2002 Jan 5]; Available from: URL: <http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=versions=297>.
8. Dey I. Qualitative data analysis: a user-friendly guide for social scientists. London: Routledge; 1993.
9. Singh D. WHO European Ministerial Conference on Health Systems. Policy brief how can chronic disease management programs operate across care setting and providers? [online] [cited 2012 Nov 10]; Available from: URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/.../E93416.pdf.
10. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2554 เล่มที่ 4 การบริหารงบประมาณการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง: บริการควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวานและ

- ความดันโลหิตสูง. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ศรีเมืองการพิมพ์; 2553.
11. ปิยธิดา ไชยสนาม. การพัฒนาการดูแลโรคเรื้อรังสำหรับผู้ป่วยเบาหวานของศูนย์สุขภาพชุมชน (รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). สาขาวิชาการพยาบาลชุมชนคณะพยาบาลศาสตร์ ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
 12. พรพิมล พงษ์สุวรรณ. การพัฒนาการดูแลโรคเรื้อรังสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดขอนแก่น (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). สาขาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ขอนแก่น, บัณฑิตวิทยาลัย. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
 13. Adams SG, Smith PK, Allan PF, Anzueto A, Pugh JA, Cornell JE. Systematic review of the chronic care model in chronic obstructive pulmonary disease prevention and management. Arch Intern Med 2007; 167:551-61.
 14. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary for patients with chronic illness. JAMA 2000;1775-9.
 15. สุภัทร ศรีวิเศษชากร, สดางค์ สุกผล, ทศนีย์ ญาณะ, รัชดา พิพัฒน์ศาสตร์, อรอนงค์ ดิเรกบุษราคม, ผลารัตน์ ฤทธิศรีบุญ และคณะ. การจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกรณีเบาหวานและความดันโลหิตสูง. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด; 2553.
 16. Ceriello A, Barkai L, Christiansen JS, Czupryniak L, Gomis R, Harno K, et al. Diabetes as a case study of chronic disease management with a personalized approach: The role of structured feedback loop. Diabetes Research and Clinical Practice 2012;98:5-10.
 17. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2556 เล่มที่ 4 การบริหารงบบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง: บริการควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด; 2555.
 18. ขนิษฐา นันทบุตร, พีรพงษ์ บุญสวัสดิ์กุลชัย, จงกลณี จันทศิริ, นิลภา จิระรัตนวรรณ, สุคนธ์ วรรณระอมร, แสงเดือน แทงทองคำ, และคณะ. ปฏิบัติการระบบย่อยในระบบสุขภาพชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: เดอะกราฟิก ชิสเต็มส์ จำกัด; 2553.
 19. สุวนิตย์ โพธิจันทร์. ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ในโรงพยาบาลขอนแก่น. วารสารสมาคมพยาบาลฯ 2554; 29 (1): 22-29.
 20. พรเพ็ญ ทุนเทพย์. การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลสุรินทร์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ นูร์ริมย์ 2554;26(2):247-61.
 21. บุญยงค์ จิรสวรรณกุล, บุษบา วงศ์พิมล, จุฑามาศ ประจันพล. อัตราตายและผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST elevation Myocardial Infarction ภายหลังการพัฒนาระบบการใช้แบบแผนการดูแลรักษาแบบช่องทางด่วน. ขอนแก่นเวชสาร 2554;35(1):10-22.
 22. นารี แซ่อึ้ง. ผลการพัฒนาระบบการส่งต่อและการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI) เครือข่ายจังหวัดอุดรธานี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี 2555; 20(2):316-22.
 23. ภาณุวงศ์ แสนสำราญใจ, นราธิป โล่หิรัญญานนท์, เอื้องแก้ววิไล. ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่เข้าระบบ fast track ได้รับยาละลายลิ่มเลือดซ้ำที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชลบุรี. วารสารโรงพยาบาลชลบุรี 2555;37(1):25-32.

Abstract The Development of the Coronary Heart Disease Management Model at Sakon Nakhon Province

Apichart Apiwattanaporn*, Tasanee Daekhunthod**

*Sakon Nakhon Hospital, **Critical Care Unit, Sakon Nakhon

Journal of Health Science 2013; 22:464-480.

This action research was aimed at developing a model of the Coronary Heart Disease Management at Sakon Nakhon Province by using the six components of the chronic illness management concept. The participants included: 1) Stage I: 334 people from health care team and community committee members; 2) Stage II: 279 people from health care team and community committee members as well as 9,512 patients with coronary heart disease; and 3) Stage III: 354 people from health care team. Data were collected from October 2008 to December 2012. The study composed of three stages. Stage I: Situation Analysis with SWOT analysis and the instruments used for collecting data in this stage were group discussion, observation, field notes, and assessment questionnaire. The data were analyzed by using quantitative statistics with mean and qualitative analysis with content analysis. Stage II: Developing a Model by using a model preliminary application and reflection and Stage III: Evaluation model effectiveness with chronic illness management assessment tool and the mortality and mobility rates of the coronary heart disease. In the Stage II and III, data were collected by using observation, interviews and field notes, group discussion and meeting notes, then data were analyzed using quantitative statistic with mean and proportion and qualitative analysis with content analysis. The research findings were in three areas.

1) The significant keys for a model development were implementing the policies of coronary heart disease management to every health care setting, managing of service system in every health care setting, managing patient care service in every stage of disease, and integrating all components of chronic illness management into health care service system.

2) The Coronary Heart Disease model at Sakon Nakhon province composed of one stop service health care system for all health care system levels with multidisciplinary health care team, patient self-care center and cooperating among community and networks. Health care manager worked as a coordinator.

3) The assessment score of chronic illness management was higher than those before the model development was operated. Sakon Nakhon province had a new model of coronary heart disease management covering all health care settings with one stop service, patient self-care center and community participation, which lead to the reducing of mortality rate.

The study findings point that the development of coronary heart disease management model should be initiated with the obvious policy, developed by all network cooperation with the unique problem, and integrate all components of the chronic illness management concept.

Key words: chronic illness management, model of chronic illness management, coronary heart disease