

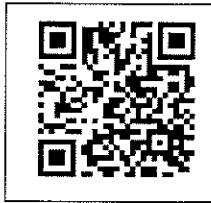
แบบรายงานผลการฝึกอบรมฯ ในประเทศ หลักสูตรที่หน่วยงานภายนอกเป็นผู้จัด

ตามหนังสืออนุมัติที่ กท ๐๓๐๓/.....๕๕๘๓ ลงวันที่ ๖ ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๖
ซึ่งข้าพเจ้า ชื่อ นายอาทิตย์.....นามสกุล.....เอ๋ยไฉน
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....สังกัด / งาน / ฝ่าย / โรงเรียน.....ฝ่ายการพยาบาล
กอง.....โรงพยาบาลกลาง.....สำนัก / สำนักงานเขต.....สำนักการแพทย์
ได้รับอนุมัติให้ไป (ฝึกอบรม / ประชุม / ดูงาน / ปฏิบัติการวิจัย) ในประเทศ
หลักสูตร การพยาบาลเฉพาะทาง สาขา การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด
ระหว่างวันที่ ๑ เมษายน ถึงวันที่ ๙ สิงหาคม พ.ศ.๒๕๖๗.....จัดโดย คณะพยาบาลศาสตร์
ณ.....มหาวิทยาลัยมหิดล.....เบิกค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น.....๖๓,๐๐๐.....บาท

ขณะนี้ได้เสร็จสิ้นการอบรมฯ แล้ว จึงขอรายงานผลการอบรมฯ ในหัวข้อต่อไปนี้

๑. เนื้อหา ความรู้ ทักษะ ที่ได้เรียนรู้จากการอบรมฯ
๒. การนำมาใช้ประโยชน์ในงานของหน่วยงาน / ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนางาน
๓. ความคิดเห็นต่อหลักสูตรการฝึกอบรม / ประชุม / ดูงาน / ปฏิบัติการวิจัย ดังกล่าว
เช่น เนื้อหา / ความคุ้มค่า / วิทยากร / การจัดทำหลักสูตร เป็นต้น
(กรุณาแนบเอกสารที่มีเนื้อหาครบถ้วนตามหัวข้อข้างต้น)

ลงชื่อ.....*อาทิตย์ เอ๋ยไฉน*.....ผู้รายงาน
(.....นายอาทิตย์ เอ๋ยไฉน.....)



รายงานการศึกษา ผูกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย ในประเทศ และต่างประเทศ
(ระยะสั้นไม่เกิน ๙๐ วัน และ ระยะยาวตั้งแต่ ๙๐ วันขึ้นไป)

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

- ๑.๑ ชื่อ - นามสกุล นายอาทิตย์ เอ๋โยไลน
อายุ ๓๐ ปี การศึกษา พยานบาลศาสตรมหาบัณฑิต
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ และนักเวชวิทยาคลินิก
- ๑.๒ ตำแหน่ง พยานบาลวิชาชีพชำนาญการ
หน้าที่ความรับผิดชอบ ดูแลผู้ป่วยวิกฤตและเฝ้าระวังผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด
- ๑.๓ ชื่อเรื่อง / หลักสูตร การพยาบาลเฉพาะทาง
สาขา การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด
เพื่อ ศึกษา ผูกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย
งบประมาณ เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร เงินบำรุงโรงพยาบาล
 ทุนส่วนตัว
จำนวนเงิน ๖๓,๐๐๐ บาท
ระหว่างวันที่ ๑ เมษายน ถึงวันที่ ๙ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ สถานที่ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
๑. คุณวุฒิ / วุฒิบัตรที่ได้รับ การพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและ
หลอดเลือด และ Provider course of Advanced Cardiovascular Life Support
การเผยแพร่รายงานผลการศึกษา/ผูกอบรม/ประชุม สัมมนา ผ่านเว็บไซต์สำนักการแพทย์และกรุงเทพมหานคร
 ยินยอม ไม่ยินยอม

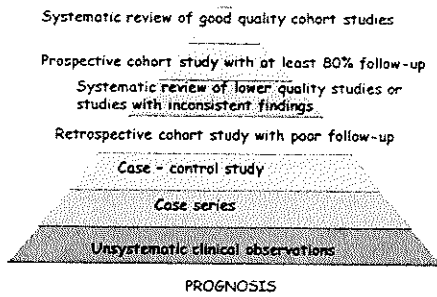
ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ผูกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย
(โปรดให้ข้อมูลในเชิงวิชาการ)

- ๒.๑ วัตถุประสงค์
- ๒.๑.๑ เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพสามารถนำความรู้จากทฤษฎีที่ได้รับมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติ
และเกิดความเข้าใจในกระบวนการทางความคิด และใช้ทักษะวิจัยทางการพยาบาลผู้ป่วยหัวใจและหลอดเลือด
ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- ๒.๑.๒ เพื่อพัฒนาสมรรถนะของการพยาบาลผู้ป่วยหัวใจและหลอดเลือดเชิงลึกทั้งภายในและภายนอก
โรงพยาบาล
- ๒.๑.๓ เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพที่เข้ารับการผูกอบรมได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสามารถสร้าง
เครือข่ายในการปฏิบัติงานได้

๒.๒ หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด เริ่มต้นด้วยกระบวนการเรียนรู้ในการปรับตัวเข้าสู่พื้นฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในระดับสูง เนื้อหาสรีรวิทยาในส่วนต่างๆ ของร่างกายในการประยุกต์ใช้ การส่งเสริมภาวะสุขภาพ ทฤษฎีการพยาบาลตลอดจนการทบทวนวิจัยและกระบวนการทางการพยาบาลขั้นสูง เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายระบบสุขภาพ สถานการณ์ปัญหาและระบบการพยาบาลผู้ป่วยหัวใจและหลอดเลือด จริยธรรม สิทธิการเข้าถึงการรักษา ระบบสารสนเทศ ระบบการจัดการความเสี่ยง การบริหารทรัพยากรการรักษาพยาบาลและเทคโนโลยี การประเมินภาวะสุขภาพขั้นสูง เข้าใจความซับซ้อนทางพยาธิสรีระวิทยาของโรคหัวใจและหลอดเลือดและโรคร่วม วิเคราะห์ความซับซ้อนของปัญหาและใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการจัดการพยาบาล ใช้เทคโนโลยีขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยในระยะฉุกเฉินและวิกฤต หัตถการต่าง ๆ ในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด บริหารการใช้ยาในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด การจัดการทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจในระยะ ฉุกเฉินเฉียบพลัน วิกฤต พื้นตัวและเรื้อรัง การจำแนกความเร่งด่วนตามอาการ การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว การปรับวิถีการดำเนินชีวิตกับโรค การฟื้นฟูสุขภาพ การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหัวใจหลอดเลือด การพัฒนาเครือข่ายการดูแลต่อเนื่อง ประสานความร่วมมือในทีมการดูแลที่เกี่ยวข้อง รวมถึงออกแบบแฟ้มข้อมูลดิจิทัลในการจัดบริการสุขภาพ และกระบวนการจัดการสารสนเทศทางการรักษาพยาบาล

การทบทวนวรรณกรรมวิธีการที่ใช้ในการประเมินคุณภาพระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์

ใช้ หลัก Prognosis Evidence Pyramids ของ Jeanne Grace RN PhD Emeritus Clinical Professor of Nursing University of Rochester Rochester, New York, USA



การประยุกต์ใช้ในระบบสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติในการทำงานของหัวใจส่งผลกระทบต่อร้อยละ 2 ของประชากรโลก อาการที่แสดงออกขึ้นอยู่กับความเสื่อมของความผิดปกติของเซลล์ ฮอร์โมน หรือ Natriuretic ที่ส่งผลต่อหัวใจ ซึ่งจะแสดงความเสื่อมออกมาในรูปแบบสภาวะเฉียบพลันและเรื้อรัง และสิ่งสำคัญในการจัดการดูแลก็คือการเลือกรูปแบบการรักษาที่เหมาะสมต่อผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ (Belkin et al., 2022; Schwinger, 2021) จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่าผู้ป่วยมีอัตราการกลับมาเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล 30 วัน และ 1 ปี 0.19 (95%CI 0.14-0.23) และ 0.53 (95%CI 0.46-0.59) ตามลำดับ ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวส่งผลให้มีอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในช่วง 30 วันหลังจำหน่ายเป็นช่วงที่มีอัตราการกลับมารักษาซ้ำที่เพิ่มขึ้น (Aung et al., 2022) ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะพยาบาลควรพัฒนาทักษะในการดูแลของผู้ป่วยให้เหมาะสมกับพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละรายในการจัดการตนเองที่เหมาะสม

พยาบาลคือผู้เชี่ยวชาญทางระบบสุขภาพและสามารถเก็บข้อมูลที่ครบถ้วนในระบบสุขภาพ การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลควรมีการฝึกทักษะเทคโนโลยีสารสนเทศและใช้ปัญญาประดิษฐ์ที่เหมาะสม (AI) เพื่อประโยชน์สูงสุดต่อการจัดการระบบสุขภาพ มีการจัดการที่ดีขึ้น ลดภาระงานมีบทบาทเชิงรุกในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Ronquillo et al., 2021) จากการนำเทคโนโลยีในการดูแลระบบสุขภาพผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวผ่านทางไกลเพื่อประเมินต้นทุนการรักษายาบาล โดยศึกษาผู้ป่วยที่มีระดับ New York Heart Association functional class (NYHA) Class II-IV แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติและกลุ่มที่ได้รับการ Telehealth Care พบว่าต้นทุนในการรักษายาบาลลดลง ร้อยละ 35 และเมื่อเปรียบเทียบระบบสุขภาพระหว่าง 2 กลุ่มพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.0034$; $95\%CI = -.0711 - .0780$) การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสุขภาพมีส่วนร่วมในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวทำให้ต้นทุนการรักษาลดลงในด้านการติดต่อของโรงพยาบาล ด้านค่าใช้จ่าย ด้านต้นทุนการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .01$, $p = .25$, $p = .01$ ตามลำดับ) (Vestergaard et al., 2020) นอกจากนี้มีการศึกษารูปแบบการดูแลแบบ แอปพลิเคชัน Heart Failure – smart Life เพื่อสื่อสารการเรียนรู้การดูแลกับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เรื่อง ด้านความรู้สุขภาพและด้านการติดต่อโดยสามารถสื่อสารกับพยาบาลในรูปแบบออนไลน์ 1 ต่อ 1 เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองที่เหมาะสมในการดูแลพฤติกรรม พบว่าหลังได้รับโปรแกรม 3 เดือนพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับการทำงานของหัวใจ New York Heart Association functional class และ Diastolic function แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p = .0003$, $p = .0024$) ตามลำดับ (Choi et al., 2023) และมีการศึกษาการใช้วอตาแอปพลิเคชันในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว 1 และ 3 เดือน พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการใช้งานไม่แตกต่างกัน ($p = .10$) (Gingele et al., 2023) ดังนั้นการนำปัญญาประดิษฐ์มาใช้ดูแลผู้ป่วยระยะเวลา 1 เดือน หรือ 3 เดือนผู้รับบริการก็มีความพึงพอใจต่อการใช้งาน และการสื่อสารผ่านทางไกลด้วยแอปพลิเคชันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีและลดภาระการทำงานของพยาบาล

นโยบายสุขภาพของรัฐบาลที่ส่งเสริมระบบดิจิทัล ทำให้เกิดการเรียนรู้ในการเข้าถึงระบบสุขภาพของ ผู้ป่วยให้มีสุขภาพดี โดยเฉพาะผู้สูงอายุ มีการศึกษาในเอเชีย ได้แก่ ประเทศไทย ญี่ปุ่น สิงคโปร์และเกาหลี โดย การทำแบบจำลอง (DIHAC) ในการวัดความรู้ทาง E-Health ทักษะการใช้ดิจิทัล การเข้าร่วมระบบสุขภาพ พบว่าการศึกษาคั้งนี้เสริมสร้างบูรณาการการใช้ดิจิทัลกับระบบสุขภาพ ประยุกต์หลักฐานเชิงประจักษ์ในการ วางแนวทางสุขภาพเพื่อเป็นประโยชน์ต่อชุมชนสูงวัยที่มีสุขภาพดีในประเทศที่ศึกษา (Aung et al., 2022) ประเทศไทยมีนโยบายพัฒนาประเทศ เข้าสู่ยุคไทยแลนด์ 4.0 ซึ่งเน้นการขับเคลื่อนประเทศด้วยเทคโนโลยีและ นวัตกรรมการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ มีการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองด้วยแอปพลิเคชันรักใจคุณบนมือถือสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วม โปรแกรมมีพฤติกรรมดูแลตนเอง มีการรับรู้และมีคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้น มีการกลับมารักษาในโรงพยาบาลลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Kedchai, 2023) สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนา Smart Heart Care Application ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่าผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้ในการดูแล ตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ไม่เข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .0001$) (Khumou et al., 2022) ดังนั้น การนำเทคโนโลยีสุขภาพมาประยุกต์ใช้ในการดูแลจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง มีทักษะการเข้าถึงระบบสุขภาพอย่างรวดเร็ว ลดภาระค่าใช้จ่ายและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นผู้เข้าอบรมจึงได้มีความสนใจต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในการดูแลตนเองเพื่อให้เกิดการจัดการดูแลระบบสุขภาพภาวะหัวใจล้มเหลวของตนเองที่เหมาะสมและลดการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลจึงได้พัฒนาแอปพลิเคชันออนไลน์ที่ใช้ระบบอินเทอร์เน็ตสำหรับใช้บนอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์เคลื่อนที่ ได้แก่ มือถือและแท็บเล็ต โดยจัดทำแอปพลิเคชัน “ถูกใจ” ในการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเมื่อได้รับอนุญาตกลับบ้าน ตามกรอบแนวคิดการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพของ IMB Model ของ Fisher (Fisher & Fisher, 1992) ประกอบด้วย 1. การให้ข้อมูล 2. การเสริมสร้างแรงจูงใจ และ 3. การพัฒนาทักษะในการจัดการดูแลตนเองที่เหมาะสม ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจะได้รับการลงทะเบียนและมีข้อมูลการรักษาเบื้องต้น ในแอปพลิเคชัน “ถูกใจ” ประกอบด้วย การทำความรู้จักเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ยาที่ควรรู้ อาหารที่เหมาะสม การตรวจชั่งน้ำหนักประจำวัน การปรับยาขับปัสสาวะ อาการที่ควรมาพบแพทย์ และเตือนการตรวจนัด ทั้งนี้ ภายในแอปพลิเคชันได้ครอบคลุมระบบสุขภาพไว้เพื่อให้ผู้ป่วยถูกใจในการจัดการดูแลตนเอง มีการติดต่อสื่อสารผ่านระบบออนไลน์ในการพูดคุยปัญหา สามารถส่งภาพถ่ายในการประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้นกับบุคลากรทางสุขภาพ และมีการเชื่อมต่อกับหน่วยบริการใกล้บ้านเมื่อเกิดกรณีฉุกเฉิน เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติทางพยาบาลในการดูแลระบบสุขภาพในยุคดิจิทัลเพื่อลดภาระการทำงานของพยาบาลรวมถึงประโยชน์สูงสุดก็คือผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีภาวะสุขภาพเหมาะสมและสามารถมีทักษะการจัดการตนเอง



การศึกษาข้อมูลเศรษฐศาสตร์เป็นการจัดสรรทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด การประยุกต์ใช้ในการพยาบาลก็เป็นส่วนจำเป็นในการพัฒนาระบบสุขภาพ เพื่อให้เกิดความคุ้มค่า คุ้มทุนในการรักษาและแก้ไขปัญหาที่ครอบคลุมจากทรัพยากรที่มีอยู่จำกัด จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเรื่องการทบทวนค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในสหรัฐอเมริกา (๒๐๑๔-๒๐๒๐) ของ Michael Urbich๑ และคณะ (๒๐๒๐) พบว่ามี ๔๑ เรื่องมีการเปรียบเทียบต้นทุนการรักษายาพยาบาลในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวโดยค่ารักษาเฉลี่ยต่อปี ประมาณ ๒๔,๓๘๓ ดอลลาร์ต่อผู้ป่วย ๑ ราย ผลการวิเคราะห์พบว่า ลักษณะกลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุ ๕๔ - ๘๔ ปีซึ่งแต่ละบุคคลอาจมีหรือไม่มีโรคประจำตัวหรือภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ รวมด้วย จะเห็นได้ว่าต้นทุนในการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่เป็นการจัดการเฉพาะรายเพื่อที่ได้รับการรักษาที่

ครอบคลุมเหมาะกับโรคที่เป็นอยู่ ค่ารักษาอยู่ระหว่าง ๒๐,๗๑๓ - ๔๐,๖๑๙ ดอลลาร์หากมีการรักษาซ้ำ ค่าใช้จ่ายจะสูงขึ้น ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบฉบับนี้มีการวิเคราะห์ข้อมูลที่ปัจจัยทำนาย ต้นทุน การวิเคราะห์ต้นทุนของโรคหัวใจล้มเหลวกับสาเหตุที่มาเข้ารับการรักษา การเปรียบเทียบงบประมาณ และค่าใช้จ่าย ตั้งแต่เข้ารับการรักษา จำหน่ายรวมถึงการเข้าการรักษาซ้ำ และที่สำคัญแหล่งการรักษาที่ส่งผล ทำให้ค่ารักษาพยาบาลที่แตกต่างกัน (Urbich et al., ๒๐๒๐) ข้าพเจ้ามีความคิดเห็นภาวะหัวใจล้มเหลวใน สหรัฐอเมริกาเป็นภาระทางคลินิกที่ครอบคลุมการรักษาโรคร่วมที่เป็นอยู่และด้านเศรษฐกิจต้นทุนการรักษา ของแต่ละพื้นที่ของโรงพยาบาลเป็นตัวขับเคลื่อนในการบริการและค่าใช้จ่ายที่ความแตกต่างกัน แต่แน่นอน การศึกษาครั้งนี้ทำให้เห็นถึงข้อบ่งชี้ของประโยชน์ในการวางแผนการรักษาพยาบาลกับภาระทางเศรษฐกิจ เพื่อให้ได้กำไรและใช้ทรัพยากรที่เหมาะสม

นอกจากนี้มีการศึกษาของ Anne Sis Veatergaard และคณะได้นำเทคโนโลยีในการดูแลระบบ สุขภาพผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวผ่านทางไกลเพื่อประเมินต้นทุนการรักษาพยาบาล โดยศึกษาผู้ป่วยที่มีระดับ NYHA Class II-IV จำนวน ๒๗๔ ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ จำนวน ๑๔๐ รายและกลุ่มที่ได้รับ Telehealth Care จำนวน ๑๓๔ ราย พบว่าต้นทุนในการรักษาพยาบาลลดลง ร้อยละ ๓๕ และเมื่อ เปรียบเทียบระบบสุขภาพระหว่าง ๒ กลุ่มพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.0034$; $95\%CI = -0.0711 - 0.0780$) ส่วนต่างค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล คือ - ๕,๐๙๖ ปอนด์ ($95\%CI = - ๘๗๓๖ - ๑๔๕๖$) จะเห็นได้ว่าการศึกษานี้จะช่วยประหยัดต้นทุนการรักษามีความคุ้มค่าในการพัฒนา ระบบการพยาบาลโดยการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสุขภาพพามีส่วนร่วมในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ทำให้ต้นทุนการรักษาลดลงในด้านการติดต่อของโรงพยาบาล ด้านค่าใช้จ่าย ด้านต้นทุนการรักษอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p = .01$, $p = .05$, $p = .01$ ตามลำดับ) (Vestergaard et al., ๒๐๒๐) ดังนั้นการใช้ เทคโนโลยีทางไกลจะช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายทั้งองค์กรสุขภาพและผู้ป่วย

รายได้ของผู้ป่วยก็มีส่วนสำคัญในดูแลตนเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ จากการศึกษาการพยากรณ์โรคหลังจำหน่ายผู้ป่วยตามภูมิภาคโลกและรายได้และความไม่เสมอภาคของรายได้ พบว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าผู้มีรายได้สูงอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งมีอัตราการตายสูงถึงร้อยละ ๖๕ ซึ่งการเพิ่มขึ้นของ GDP ๕๐๐๐ ดอลลาร์มีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตเมื่อออกจากโรงพยาบาล ($p < .001$) หากเปรียบเทียบกลุ่มที่มีรายได้สูง รายได้ปานกลาง และรายได้ต่ำผลลัพธ์ก็ไม่แตกต่างกัน โดยเฉพาะผู้ป่วยเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีอัตราการ เสียชีวิตสูงสุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($95\%CI = 1.74 - 2.38$; $p = < .001$) (Tromp et al., ๒๐๒๐) ดังนั้นรายได้มีส่วนสำคัญสำหรับผู้ป่วยในการดำเนินชีวิตรวมถึงการเตรียมความพร้อมในการวางแผนสุขภาพ เพื่อเข้าถึงระบบสุขภาพที่เหมาะสม จากการศึกษาข้างต้นพบว่าเศรษฐศาสตร์สุขภาพมีส่วนสำคัญใน ชีวิตประจำวันไม่ว่าจะเป็นตัวของผู้ป่วย หรือองค์กรสุขภาพต่อการลงทุนการรักษาพยาบาล ด้านผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยต้องมีรายได้ที่เพียงพอในการดำเนินชีวิต สามารถมีเงินสำรองสำหรับใช้ในการวางแผนสุขภาพ การ รักษาพยาบาลส่วนต่างและการเดินทางเพื่อเข้าถึงสถานพยาบาลในระบบสุขภาพที่เหมาะสม ด้านองค์กรต้องมี ต้นทุนในการประเมินค่าใช้จ่ายในการรักษาสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีโรคร่วมแตกต่างกันของแต่ละบุคคล การกำหนดต้นทุนจึงมีส่วนสำคัญและหากมีการรักษาซ้ำค่าใช้จ่ายหรือค่าบริการก็จะสูงขึ้น การ ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสื่อทางไกลจะช่วยลดภาระด้านค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันมากขึ้นสำหรับตัวผู้ป่วยและ ส่งผลให้เข้าถึงระบบสุขภาพที่ดีขึ้น ด้านองค์กรก็จะลดภาระค่าใช้จ่ายต่าง ๆ มีการคัดสรรประโยชน์สูงสุดกับ ทรัพยากรที่มีอยู่ในการรักษาพยาบาล เพื่อให้เกิดความคุ้มค่า และเป็นผลกำไรต่อองค์กร สำหรับพยาบาลก็มี บทบาทสำคัญต่อการประเมินสภาพผู้ป่วย ควรพูดคุยปัญหา สอบถามรายได้และสอบถามการเข้าถึงระบบ สุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและพัฒนาประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเพื่อให้เข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่ดี

ประยุกต์ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่จำกัดของผู้ป่วยเพื่อประโยชน์สูงสุด ดังนั้นหากวิเคราะห์ข้อมูลองค์กร ข้อมูลผู้ป่วย และประยุกต์ใช้เทคโนโลยีนวัตกรรมจะส่งผลให้เกิดความคุ้มค่า คุ้มทุนในการรักษาและแก้ไขปัญหาที่ครอบคลุม จากทรัพยากรที่มีอยู่จำกัดก็จะช่วยลดอัตราการตาย และส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมถึงองค์กรก็ประหยัดค่าใช้จ่ายในส่วนที่ไม่จำเป็นได้

เมื่อวิเคราะห์เกี่ยวกับระบบการเงินการคลังในระบบสุขภาพไทยในรูปแบบการจ่ายค่าบริการสุขภาพในรูปแบบการจ่ายตามบริการ (Fee-for-service) และรูปแบบการจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation payment) พบว่าการจ่ายตามการให้บริการ (Fee-for-Service) เป็นการจ่ายค่าบริการพยาบาลในลักษณะปลายเปิด ตามงานที่เรียกเก็บภายหลังการให้บริการด้วยการกำหนดราคาจ่ายแต่ไม่ได้ควบคุมจำนวนการให้บริการการจ่ายด้วยวิธีการนี้อาจส่งผลให้งบประมาณไม่เพียงพอสำหรับการจ่ายชดเชยให้กับหน่วยบริการ และอาจมีผลกระทบต่อระบบการเงินการคลังสุขภาพอย่างมาก

ข้อดี เข้าถึงระบบบริการได้ง่าย คุ้มครองการรักษา ในด้านบุคลากรคืออัตราค่าตอบแทนที่แตกต่าง (Service mix) และสามารถเพิ่มบุคลากรที่มีคุณภาพได้ง่าย (Productivity) ตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ ได้รับยาในและนอกทั้งบัญชียาหลักแห่งชาติและได้รับการดูแลรักษาได้ทั้งบิดา มารดาและคู่สมรส

ข้อเสีย ใช้ทรัพยากรอย่างไม่จำกัด งบประมาณไม่เพียงพอสำหรับจ่ายค่าชดเชยให้กับหน่วยงานบริการ กรณีรักษาเอกชนเมื่อฉุกเฉินสามารถเบิกจ่ายได้ไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาทและรักษาบุตรไม่เกิน ๒ คนและมีอายุไม่เกิน ๒๐ ปี

การเหมาจ่ายรายหัว (Capitation payment) มีต้นทุนต่ำในการบริหารจัดการจัดสรรงบประมาณ แต่ค่าใช้จ่ายในการรวบรวมข้อมูลบริการและการตรวจสอบประเมินการบริการจะสูง และอาจต้องมีมาตรการในการรักษาออกจากรายนี้ยังมีข้อจำกัดในการจ่ายค่าบริการพยาบาลกรณีส่งต่อ

ข้อดี มีต้นทุนต่ำในการบริหารจัดการจัดสรรงบประมาณ และจำกัดค่าบริการ

ข้อเสีย จำกัดสิทธิตามพื้นที่ระบุคู่สัญญา ได้รับยาในบัญชียาหลักแห่งชาติก่อนและจ่ายเพิ่มส่วนต่าง การรักษา

การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ข้อดีของ Capitation payment คือ บางโรงพยาบาลสามารถลงทะเบียนประกันตนในการรักษาตาม มาตรา ๓๓ และ ๓๔ ในการทำหัตถการหัวใจและหลอดเลือดได้โดยไม่ต้องจ่าย ทำให้เข้าถึงการรับบริการที่เร็วกว่า เช่น การทำหัตถการการฉีดสตีลหลอดเลือดหัวใจ (CAG) การฉีดสตีลหลอดเลือดหัวใจและขยายหลอดเลือดหัวใจ (CAG + PCI) การศึกษาสรีระวิทยาไฟฟ้าหัวใจและการจี้ไฟฟ้าหัวใจ (EPS with RFCA) การจี้ไฟฟ้าหัวใจด้วยเครื่อง Carto (EPS with Carto) การใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร (Permanent Pace Maker) การใช้เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (AICD) และการใส่เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจชนิดกระตุ้นหัวใจในภาวะหัวใจล้มเหลว (CRTP หรือ CRTD) ในโรงพยาบาลที่เปิดลงทะเบียน และการรักษารับรองของโรงพยาบาล คู่สัญญาจะทำให้ได้รับการบริการที่เร็วขึ้น และในกรณีฉุกเฉินสามารถรักษาในโรงพยาบาลต่าง ๆ ได้แต่ไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมงเพื่อส่งกับโรงพยาบาลคู่สัญญาส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ทันเวลา

ข้อเสีย Capitation payment คือ โรงพยาบาลคู่สัญญาต้องได้รับการพิจารณาการรักษาตามดุลพินิจของแพทย์ในการรักษาและส่งต่อการรักษา หรือถ้าใช้สิทธิประกันสังคมทำให้มีข้อจำกัดในหัตถการหรือชำระ ส่วนต่าง ๆ เช่น การขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยใส่ Stent จะพิจารณาคั้งละไม่เกิน ๒ อัน อัตราอันละไม่เกิน ๒๕,๐๐๐ บาทมากกว่านั้นมีส่วนต่าง การปิดรูรั่วผนังหัวใจห้องบน (ASD) ทางสายสวนหัวใจ โดยใช้ AmplatzerTM Septal Occluder ในสถานพยาบาลที่มีบริการพิเศษและโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางจ่าย ค่ารักษาและค่าอุปกรณ์การรักษาเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกินคั้งละ ๑๐๐,๐๐๐ บาทต่อราย การใส่อุปกรณ์เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (AICD) ให้จ่ายค่าอุปกรณ์เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ

(AICD) ตามจริงไม่เกินรายละ ๒๐๐,๐๐๐ บาท และสายไม่เกินรายละ ๑๐๐,๐๐๐ บาท สำหรับการผ่าตัดภายใต้เงื่อนไขต้องมีข้อบ่งชี้ตามที่กำหนดและอยู่ในดุลพินิจของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญของสำนักงานประกันสังคมและต้องทำการผ่าตัดใส่อุปกรณ์ในสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด ทำให้เกิดส่งผลให้ผู้ป่วยขาดโอกาสในการได้รับหัตถการ

กรณี Fee-for-service

ข้อดี คือ สามารถเข้ารับบริการได้ทุกสถานบริการของรัฐ และได้รับหัตถการรวมถึงได้รับยาที่มีคุณภาพ

ข้อเสีย คือ ลำดับคิวการรักษาอาจจะนาน กรณีได้รับการรักษาโรงพยาบาลระดับสูงซึ่งมีผู้ป่วยจำนวนมากที่รอการรักษา ในกรณีที่รับการรักษาในโรงพยาบาลขนาดเล็กและต้องส่งตัวการรักษาต่ออาจจะต้องรอเพื่อเข้าเกณฑ์ที่กำหนดนอกจากกรณีฉุกเฉินของโรคจะได้รับหัตถการที่รวดเร็ว

จะเห็นได้ว่าทั้ง ๒ รูปแบบระบบบริการมีข้อดีและข้อเสียที่ต่างกันในฐานะผู้บริการการส่งเสริมการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยเกี่ยวกับสิทธิการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจการบริการและแนะนำภาวะแทรกซ้อน ภาวะฉุกเฉินโรคหัวใจได้ถูกต้องเพื่อให้ผู้ป่วยมีการเตรียมความพร้อมในสิทธิการรักษาระบบสุขภาพของตนที่เหมาะสม รวมถึงเตรียมความพร้อมทางด้านเศรษฐกิจของตนเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของโรคที่ตนเป็นอยู่ หากมองในมุมผู้บริหารรูปแบบ Capitation payment จะควบคุมรายจ่ายได้ดีกว่า Fee-for-service โดยเฉพาะการรักษาโรคหัวใจที่มีความซับซ้อนของโรคและหัตถการ ดังนั้น การรับรู้เรื่องสิทธิการรักษาของตนจึงเป็นสิ่งสำคัญในการเข้าถึงระบบสุขภาพที่เหมาะสมและมีคุณภาพ

แนวทางการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด

๑. ภาวะการดูแล ภาระของการดูแลการผ่าตัดหัวใจได้รับการอธิบายตั้งแต่ปี ๑๙๙๐ แต่มีการศึกษาเพียงจำนวนจำกัด ปัจจุบันมีการประเมินประสิทธิภาพ เพื่อเป็นการแบ่งเบาภาระการดูแล จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยผ่าตัด CABG เมื่อออกจากโรงพยาบาล ทำให้เกิดความรู้สึกล้า กังวล และขาดการให้ข้อมูลที่ชัดเจน ตลอดจนการสนับสนุนและติดตามเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน (Margo A. H. et al., ๒๐๑๖) อายุของผู้ดูแลที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง อายุระหว่าง ๓๖ – ๕๙ ปี เป็นช่วงที่ผ่านการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งผู้ดูแลอายุเฉลี่ย ๓๙.๕ ปี จากการศึกษาหลายกลุ่ม N = ๕๐๐๐๐ การดูแลผู้ป่วยมากกว่า ๒๐ ชั่วโมงต่อสัปดาห์ มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรกระบบหัวใจและหลอดเลือดเมื่อเทียบกับ ผู้ดูแล ๑-๘ ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (Ann, K. B. et al., ๒๐๒๐) ภาวะการดูแลที่มากขึ้น มีความสัมพันธ์กับเพศ เศรษฐกิจ และทักษะการดูแลผู้ป่วย การขาดความพร้อมในการดูแลจะส่งผลทำให้เกิดความเครียดทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ (Plothner, M. et al., ๒๐๑๙) วิธีใช้แบบประเมินภาระของผู้ดูแลจะประเมินตั้งแต่แรกเริ่ม และวันที่จำหน่ายผู้ป่วยเพื่อดูแลและให้การพยาบาลต่อไปเมื่อเกิดปัญหาทางการดูแล โดยผู้ดูแลจะได้รับประเมิน The Zarit Burden Interview: Short Form ถ้าคะแนนมากกว่า ๘ คะแนน ให้ทำประเมิน Full Form (ภาคผนวกรูปที่๔) โดยการประเมินผล แบ่งออกเป็น ๑.คะแนน ๐-๒๐ คะแนน อยู่ในระดับ No to mild burden ๒. คะแนน ๒๑-๔๐ คะแนน อยู่ในระดับ mild to moderate burden ๓. คะแนน ๔๑-๖๐ คะแนน อยู่ในระดับ moderate to Severe burden และ ๔. คะแนน ๖๑-๘๘ คะแนน อยู่ในระดับ Severe burden

๒.ด้านความรู้ ความรู้ถือเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ดูแลควรมี เพื่อใช้ในการประเมิน พัฒนา ส่งเสริม ฝึกระวัง ชีตจำกัดในการรักษา ตลอดจนแนวทางการดูแลรักษาทำให้เกิดทักษะในการดูแลที่ง่ายขึ้น(Margo, A. H. et al., ๒๐๑๖; Ann, K. B. et al., ๒๐๑๙) จากการศึกษาพบว่าความรู้ที่ผู้ดูแลต้องการทราบประกอบด้วย

๒.๑ โรคและการผ่าตัด ต้องอธิบายให้ผู้ดูแลทราบถึงโรคและการดำเนินโรค เพื่อให้ผู้ดูแลเข้าใจถึงบริบทของผู้ป่วย

๒.๒ การจัดการและการดูแล โดยอธิบายตรวจสอบยาขณะรักษาและก่อนจำหน่าย (Margo, A. H. et al., ๒๐๑๖)

๒.๓ อาการที่ผิดปกติและภาวะแทรกซ้อน โดยอธิบายอาการสำคัญ วิธีการสังเกตอาการปกติ และผิดปกติที่ตรวจสอบไม่ได้ เช่น ภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว การติดตามภาวะน้ำเกิน โดยติดตามน้ำหนักควรมีการจดบันทึก เป็นต้น

๒.๔ ข้อจำกัดในการทำกิจกรรม/การเคลื่อนไหวร่างกาย โดยระบุกิจกรรมให้ชัดเจน การเคลื่อนไหวร่างกาย การขับถ่าย ใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำฝักบัว การนอน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

๒.๕ ใบนัดและการมาตรวจตามนัด ต้องระบุให้ชัดเจน วัน เวลา สถานที่ ข้อจำกัดและต้องมีแนวทางก่อนตรวจรักษา

๓. การเตรียมตัวด้านต่าง ๆ ด้านเศรษฐกิจ จากการศึกษาพบว่าต้องประเมินผู้ดูแลเกี่ยวกับผู้ป่วย โดยสอบถามสถานะการเงิน จากการศึกษาพบว่า ๖๖ % ของผู้ป่วยกังวลสูญเสียรายได้หากผู้ดูแลเป็นเพศหญิงจะพบว่าภาระการดูแลสูงขึ้นมีความสัมพันธ์การขาดรายได้ของผู้ป่วย และตรวจสอบสิทธิการรักษา เป็นการตรวจสอบการรักษาในการประสานงานวางแผนจำหน่ายสู่ชุมชน เพื่อติดตามประสิทธิภาพในการเปลี่ยนผ่านด้านการเตรียมบ้าน จากการศึกษาพบว่า การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG ควรดูแลจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน โดยระยะเวลา ๒ สัปดาห์แรก ผู้ดูแลต้องเตรียมที่นอนจากชั้นบน ให้มานอนชั้นล่าง เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถเดินขึ้นบันไดได้ ควรเตรียมห้องน้ำ โดยเปลี่ยนเป็นอาบน้ำฝักบัว ซึ่งผู้ป่วยห้ามอาบน้ำอ่างหรือว่ายน้ำเพราะแผลจะฉีกขาด ตลอดจนถึงทำสวน หรือยึนนาน ๆ ทำเต็ม ๑๕ นาทีเพราะจะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น Hematoma หรือ การอักเสบบริเวณแผลได้ ด้านการมีส่วนร่วมในการดูแล เป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดความรู้ความเข้าใจในบริบทของผู้ป่วยตลอดจนการสังเกตภาวะแทรกซ้อนที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยได้ ดังนั้นควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมกิจกรรมตั้งแต่แรกทั้งในเรื่องการประเมินแผล เรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและเรื่องการรับประทานอาหาร จากงานวิจัยพบว่า ผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการฟื้นฟูและส่งเสริมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทั้งด้านอาหาร การออกกำลังกาย ตลอดจนส่งผลให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และแรงจูงใจในการฟื้นตัวเร็วขึ้น (Margo, A. H. et al., ๒๐๑๖; Ann, K. B. et al., ๒๐๑๙)

๔. ด้านเพศ การผ่าตัดส่งผลต่อการทำงานของฮอร์โมนทางเพศโดยเฉพาะเพศชาย (Androgen) และการไหลเวียนของเลือดแดงไปยังองคชาต ลดลงทำให้เกิดความผิดปกติด้านสมรรถภาพทางเพศร้อยละ ๔๖ ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศส่งผลทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยรวมถึงความสัมพันธ์กับคู่นอน (Doulatyari et al., ๒๐๑๙) ปัญหาเรื่องเพศ เป็นปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยจากงานวิจัยพบว่า ๓๘ % ของผู้ป่วยกังวลเรื่องเพศ ส่วนใหญ่ผู้หญิงจะเป็นผู้ดูแล ๘๔%ของผู้ดูแลสมรส ผู้ดูแลจะเกิดภาวะซึมเศร้า และเกิดความเครียดเกี่ยวกับการกระตุ้นให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากมีความแตกต่างกัน ทำให้เกิดความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์น้อยลง การสื่อสารเรื่องเพศเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลคู่สมรส ดังนั้นผู้ดูแลควรได้รับการอธิบายการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่จะได้รับ ต้องมีการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน ส่งเสริมให้เกิดความใกล้ชิดสนิทสนมกัน และป้องกันการหย่าร้าง (Jennifer, B. R. et al., ๒๐๑๒; Ann, K. B. et al., ๒๐๑๙)

๕. ด้านการรับมือในการปรับตัว การประเมินสภาพทางอารมณ์สภาพอารมณ์ไม่ว่าจะเป็นอารมณ์โกรธน้อยใจ เศร้า หรือหมดหวังถือเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG (Aydin, A. & Gursoy, A., ๒๐๑๙) ผู้ดูแลควรมีความเข้าใจในบริบทต่าง ๆ ของผู้ป่วย การกล่าวชื่นชมหรือการรับฟังถือเป็นสิ่งที่ดีในการดูแล นอกจากผู้ดูแลที่จะรับมือกับผู้ป่วย ผู้ดูแลต้องดูแลตนเองด้วย เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเครียด วิตกกังวล

หรือภาวะซึมเศร้า ดังนั้น ผู้ดูแลควรมีความพร้อมในการรับมือผู้ป่วย เช่น เมื่อพบอาการหงุดหงิดของ ผู้ป่วย ให้ผู้ดูแลออกจากห้องหรือสถานการณ์ตึงเครียดนั้นทันที หรือเมื่อพบอาการสับสนของผู้ป่วย ผู้ดูแลจะ จัดการบริหารยาและสิ่งต่าง ๆ เองทั้งหมด ทั้งนี้ผู้ดูแลต้องมีความอดทนและเข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ การ จัดการอารมณ์ตนเอง ก็ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ดูแลควรมีคือเมื่อตนเองรู้สึกมีอาการซึมเศร้า ควรโทรปรึกษา ใครบางคนเพื่อระบายความรู้สึกนั้นออกมา แสดงความรักในการดูแล/รักษาความสงบ ควรได้รับการสนับสนุน ข้อมูลผู้บริการผ่านติดตามจาก Telehealth, Application หมั่นคอยชื่นชมให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลในการดูแล ผู้ป่วย(Monica, P. et al., ๒๐๒๐) ช่วยเหลือด้านต่าง ๆ ตลอดจนสอบถามถึงภาระการดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลมี ความพร้อมในการรับมือและปรับตัวในสิ่งที่ต้องเผชิญหน้าทั้งทางร่างกายและจิตใจ (Margo, A. H. et al., ๒๐๑๖; Ann, K. B. et al., ๒๐๑๙)

๖. ความต้องการของผู้ดูแล จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลต้องการความรู้ที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร สะดวกต่อการใช้งาน สามารถนำไปปฏิบัติได้ โดยผู้ดูแลต้องการเอกสารต่าง ๆ คู่มือดูแล การติดตามข้อมูลเบอร์ โทรศัพท์และติดต่อสื่อสารกันทั้งด้านความรู้ การปฏิบัติตัว การให้คำปรึกษา การดูแลผ่านสื่อทางไกลจาก Application, Telehealth และสื่อการสอน VDO (Margo, A. H. et al., ๒๐๑๖; Ann, K. B. et al., ๒๐๑๙; Plothner, M. et al., ๒๐๑๙) ตัวอย่าง RCT ตัวอย่าง Application จากการศึกษาพบว่า N=๓๖๒ แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง คือ ผู้ดูแล จำนวน ๑๘๑ ราย กลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วย จำนวน ๑๘๑ ราย โดยให้การสนับสนุนด้าน อารมณ์และข้อมูลจากผู้ให้บริการด้านสุขภาพผ่านการดูแลสื่อทางไกล (Telehealth) โดยติดตามทุกวัน ระยะเวลา ๓ สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลสามารถลดความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า และนำข้อมูลด้าน สุขภาพไปใช้ประโยชน์ (Ann, K. B. et al., ๒๐๑๙)

๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

๒.๓.๑ ต่อตนเอง

๒.๓.๑.๑ เกิดความเข้าใจและสามารถประยุกต์กระบวนการวิจัยในการพัฒนาระบบทาง สุขภาพ..

๒.๓.๑.๒ สามารถวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยและนำความรู้ ความสามารถในการศึกษา ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยขั้นสูง.....

๒.๓.๑.๓ สามารถประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัย มาประยุกต์ใช้ในการวางแผนการดูแลทางระบบสุขภาพที่ดี

๒.๓.๑.๔ สามารถเฝ้าระวัง ประเมินผล ตลอดจนประยุกต์ใช้ในกระบวนการวิจัย เก็บข้อมูล ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดตามหลักจริยธรรมในคนที่ถูกต้องและเหมาะสม..

๒.๓.๒ ต่อหน่วยงาน...

๒.๓.๒.๑ สามารถจัดตั้งโครงการระบบทางสุขภาพและกระบวนการวิจัยในองค์กรที่ถูกต้อง และเหมาะสม

๒.๓.๒.๒ สามารถนำความรู้ ความสามารถในกระบวนการวิจัยมาเผยแพร่ข้อมูล และการหา หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เหมาะสมมาประยุกต์ใช้ในองค์กร

๒.๓.๒.๓ พัฒนาคู่มือการดูแลตนเองและผู้ดูแลของผู้ป่วยกลุ่มกล้ามเนื้อหัวใจในระยะต่าง ๆ ที่ครอบคลุม โดยที่ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์พัฒนาระบบสุขภาพ

๒.๓.๓ อื่น ๆ ระบุ สามารถประยุกต์ใช้ทักษะการพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในการพัฒนาหน่วยงาน และระบบองค์กรให้ทันสมัย และก้าวทันระบบสุขภาพในประเทศไทย

ส่วนที่ ๓ ปัญหาและอุปสรรค

๓.๑ การปรับปรุง

๓.๑.๑ ค่าสวัสดิการที่พักและค่าอาหารขณะศึกษา

๓.๑.๒ การเข้าถึงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัย

๓.๑.๓ การจัดเตรียมเอกสารล่าช้า และเกิดข้อผิดพลาดในวันลา

๓.๒

๓.๒.๑ แนวทางต่าง ๆ ในระบบสุขภาพให้เกิดความชัดเจนมากขึ้น เช่น สมรรถนะ กระบวนการทางการพยาบาล ความเสี่ยงและการบริหารจัดการองค์กรให้ทันสมัย

๓.๒.๒ พัฒนา CPG ในระบบองค์กรที่ครอบคลุมกระบวนการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

๓.๒.๓ เสริมสร้างทักษะกระบวนการทางการจัดการความคิดและการพัฒนากระบวนการทางวิจัยให้ดียิ่งขึ้นและทันสมัย

ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

๑. ควรเพิ่มการใช้จ่ายในส่วนการตีพิมพ์วิจัยการพยาบาล หรือการศึกษาดูงานต่างประเทศเมื่อสำเร็จการศึกษาตามหลักสูตร

๒. การพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยหัวใจและหลอดเลือดได้ควรได้รับการพัฒนาศักยภาพในการศึกษาดูงานต่างประเทศ และสามารถประยุกต์ใช้ในทักษะในการพัฒนาความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ

ลงชื่อ อนันต์ ใจ ผู้รายงาน
(นายอาทิตย์ เอ๋อใจ)

ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

การศึกษาดูงาน เป็นการเสริมสร้างความรู้ให้กับบุคลากร เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานให้เกิดประโยชน์สูงสุด และเป็นหลักสูตรที่เหมาะสมในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร

ลงชื่อ [ลายเซ็น] หัวหน้าส่วนราชการ
(นายอรรถพล เกิดอรุณสุขศรี)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง

Nursing Specialty in Cardiovascular Disease Nursing

ผู้เข้าอบรม นายอาทิตย์ เอ้ยโอบ
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ (CCU)
โรงพยาบาลกลาง สำนักการแพทย์

สำเร็จการศึกษาหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด
ระหว่าง วันที่ 1 เมษายน - 9 สิงหาคม พ.ศ. 2567
ณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



ค่าใช้จ่ายตลอดหลักสูตร 63,000 บาท

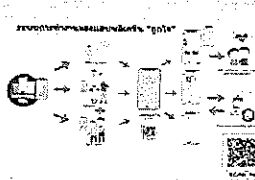
หลักสูตรเฉพาะทาง

มุ่งเน้นให้ผู้ศึกษามีความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายระบบสุขภาพ สถานการณ์ปัญหา และระบบการพยาบาลผู้ป่วยหัวใจและหลอดเลือด ระบบสารสนเทศ การจัดการความเสี่ยง การบริหารทรัพยากร การรักษาพยาบาลและนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพขั้นสูง เพื่อเข้าใจและวิเคราะห์ความซับซ้อนของปัญหา โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการจัดการพยาบาลดูแลผู้ป่วยในระยะต่าง ๆ

การจัดการผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวจากหลักการดูแลตามแนวทางด้านเศรษฐศาสตร์เป็นการจัดสรรทรัพยากรที่มีให้เกิดประโยชน์สูงสุด การประยุกต์ใช้ในการพยาบาลก็เป็นส่วนจำเป็นในการพัฒนาระบบสุขภาพ เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าคุ้มทุนในการรักษาและแก้ไขปัญหาที่ครอบคลุมจากทรัพยากรที่มีอยู่จำกัด จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเรื่องการทบทวนค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในสหรัฐอเมริกา (2014-2020) ของ Michael Urbich และคณะ (2020) พบว่ามีการเปรียบเทียบต้นทุนการรักษาพยาบาลในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวจะเห็นได้ว่าต้นทุนในการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่เป็นการจัดการเฉพาะรายเพื่อที่ได้รับการรักษาที่ครอบคลุมเหมาะกับโรคที่เป็นอยู่

การพัฒนาประยุกต์ใช้การพยาบาล

พยาบาลคือผู้เชี่ยวชาญทางระบบสุขภาพและสามารถเก็บข้อมูลที่ครบถ้วนในระบบสุขภาพ การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลควรมีการฝึกทักษะเทคโนโลยีสารสนเทศและใช้ปัญญาประดิษฐ์ที่เหมาะสม เพื่อประโยชน์สูงสุดต่อการจัดการระบบสุขภาพ มีการจัดการที่ดีขึ้นลดภาระงานมีบทบาทเชิงรุกในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Ronquillo et al., 2021) จากการนำเทคโนโลยีในการดูแลระบบสุขภาพผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวผ่านทางไกลเพื่อประเมินต้นทุนการรักษายาบาล



บทเรียนที่ได้รับ

1. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดระยะฉุกเฉิน เรื้อรังและการติดตามผู้ป่วย
2. การดูแลผู้ป่วยโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์
3. การวิเคราะห์ข้อมูลทางการพยาบาล
4. การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีมาใช้ในการระบบสุขภาพ
5. การศึกษาระบบสุขภาพให้สอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด
6. การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแล
7. การแปลผลและการอ่านคลื่นไฟฟ้าหัวใจขั้นสูง
8. ได้ศึกษาดูแลและฝึกปฏิบัติงานจริงของผู้ป่วยโรคหัวใจด้านอายุรศาสตร์โรคหัวใจ ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอกรวมถึงการพยาบาลหลอดเลือดทั้งในหอผู้ป่วยนอกและในโรงพยาบาล
9. ฝึกเป็นผู้นำทางระบบสุขภาพในการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ
10. นำเสนอข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลทางสุขภาพเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหัวใจโดยใช้สถิติที่เหมาะสม

