

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

วัชรพันธ์ วงศ์คำพันธ์ พย.ม.(บริหารการพยาบาล)

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

ติดต่อผู้เขียน: วัชรพันธ์ วงศ์คำพันธ์ Email: Marker47217@gmail.com

วันรับ: 28 ก.ย. 2566

วันแก้ไข: 10 พ.ย. 2568

วันตอบรับ: 24 ธ.ค. 2568

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม และเพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกผู้ป่วยหนัก ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ ดำเนินการ 2 ระยะ กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ 16 คน ผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม 192 คน เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยได้แก่ (1) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม (2) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย และ (3) แบบบันทึกข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้ความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ independent sample t-test, Fisher's exact test ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ที่เรียกว่า "CARE Model" ประกอบด้วย (1) C: Care team จัดตั้งทีมผู้ดูแลผู้ป่วย (2) A: Activity การจัดกิจกรรมการพยาบาลให้การดูแลตาม FAST HUG (3) R: Review ทบทวนการใช้แนวทาง FAST HUG ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม และการบันทึกผลกระบวนการทำงานตามแนวทาง (4) E: Evaluation การประเมินติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกทุก 1 เดือน สะท้อนผลการประเมินกลับไปยังทีมเพื่อปรับปรุงคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่อง และประเมินผลลัพธ์การดูแล ส่วนผลการเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ พบว่า ภายหลังใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม อุบัติการณ์ผู้ป่วยถึงห้องช่วยหายใจ อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ อุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ระยะเวลาในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยหนัก ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อเทียบกับก่อนการพัฒนารูปแบบ

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบการดูแล; ผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม; แนวคิด FAST HUG**บทนำ**

ผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักร้อยละ 80 เป็นผู้ที่มีความเจ็บป่วยที่รุนแรงคุกคามชีวิต เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงได้ในทุกระบบของร่างกายหากไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที จากการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรวิทยาที่รวดเร็วและมีความพร้อมในการดูแล

ตนเองอย่างสมบูรณ์ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยอุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่ทันสมัย⁽¹⁾ เช่น การใส่เครื่องช่วยหายใจ การใส่สายสวนทางหลอดเลือดแดง การใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง เป็นต้น รวมทั้งได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูง ทำให้มีความเสี่ยงสูงในการเกิดอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์และภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

เช่น การเกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและสารอาหาร อุบัติการณ์ผู้ป่วยถึงต้อช่วยหายใจ อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ อุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ระยะเวลาในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ⁽²⁾ ซึ่งภาวะดังกล่าวทำให้อัตราการเสียชีวิต และจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยหนักเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายและงบประมาณสูงขึ้น^(3,4) การดูแลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ก้าวผ่านภาวะวิกฤตได้อย่างปลอดภัยนั้น ต้องอาศัยทีมสุขภาพ ที่มีความรู้ ความสามารถ มีการเรียนรู้และพัฒนาปรับปรุงวิธีการดูแลให้เท่าทันกับวิวัฒนาการ การเปลี่ยนแปลงทางด้านเทคโนโลยี และหลักฐานเชิงประจักษ์ในขณะนั้นมาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม พ้นจากภาวะวิกฤตอย่างรวดเร็วและมีความปลอดภัย⁽⁵⁾

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดมเป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับ M1 ขนาด 300 เตียง ของเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 10 เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายของอุบลราชธานี 4 มีโรงพยาบาลชุมชนในโซนทั้งหมด 5 แห่ง ให้บริการตามพันธกิจของโรงพยาบาลทั่วไประดับ M1 และจัดบริการตามนโยบายการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) เปิดบริการ หอผู้ป่วยหนักเริ่มต้นจากจำนวน 4 เตียง ในปี 2562 และเพิ่มขึ้นเป็น 12 เตียง ในปี 2564⁽⁶⁾ ให้สอดคล้องกับภารกิจหลักของกระทรวงตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน ในด้านบริการที่เป็นเลิศ แผนงานที่ 6 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) การพัฒนาระบบบริการเฉพาะด้าน 13 ใน สาขา 5 สาขาหลัก ในสาขาอายุรกรรม⁽⁷⁾ จากการศึกษาสภาพการณ์ และปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ด้านผู้ป่วย พบว่าเกิดอุบัติการณ์หรืออาการไม่พึงประสงค์และเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ อุบัติการณ์ผู้ป่วยถึงต้อช่วยหายใจ อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ อุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ระยะเวลาในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว

ทำให้อัตราการเสียชีวิตและจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยหนักมากขึ้น ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายและงบประมาณสูงขึ้น ด้านบุคลากร พบว่า การปฏิบัติของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ยังไม่มีรูปแบบ แนวปฏิบัติที่ชัดเจน ยังคงใช้แนวทางเดิมในบริบทที่เปิดบริการ 4 เตียง พยาบาลส่วนใหญ่เป็นพยาบาลจบใหม่ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตยังมีน้อย ร้อยละ 65 ของพยาบาลมีประสบการณ์ในการทำงานช่วง 1-3 ปี ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องมีการทบทวนค้นหาแนวทางการดูแลที่เหมาะสม ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตลดอัตราการเกิดอุบัติการณ์ที่เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญดังกล่าวข้างต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ได้มีการนำแนวคิด FAST HUG ของ Vincent, & Hatton⁽⁸⁾ มาใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยวิกฤตช่วยเพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย และช่วยให้ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวมครอบคลุมทุกประเด็นปัญหาสำคัญ

แนวคิด FAST HUG ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ คือ

- 1) การส่งเสริมด้านโภชนาการ (Feeding: F)
- 2) การประเมินและจัดการความเจ็บปวดอย่างมีประสิทธิภาพ (Analgesia: A)
- 3) การควบคุมระบบประสาทเพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายลดภาวะสับสนเฉียบพลัน (Sedation: S)
- 4) การป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน (Thrombo-embolic prevention: T)
- 5) การจัดท่านอนหัวสูงอย่างน้อย 30 องศา (Head of the bed elevated: H)
- 6) การป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร (Stress Ulcer prophylaxis: U)
- 7) การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (Glucose control: G)

หากผู้ป่วยได้รับการดูแลและเฝ้าระวังครอบคลุมทั้ง 7 ประเด็นตามกรอบแนวคิดของ FAST HUG ส่งผลให้ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการดูแลในประเด็นสำคัญตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ทำให้เพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพในการ

ดูแล⁽³⁻⁴⁾ สามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ควบคุม เช่น อุบัติการณ์ผู้ป่วยถึงต้อช่วยหายใจ อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ อุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ระยะเวลาในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยหนัก ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽⁹⁻¹⁶⁾

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม เพื่อให้ทีมการดูแลผู้ป่วยวิกฤต มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในทิศทางเดียวกัน ครอบคลุมทุกมิติ การดูแล ซึ่งจะส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย และช่วยพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพสูงสุดได้

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม และเพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกผู้ป่วยหนักก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา โดยใช้แนวคิด FAST HUG ของ Vincent & Hatton⁽⁸⁾ ร่วมกับแนวคิดศาสตร์การนำผลงานวิจัยไปสู่การปฏิบัติ (implementation Science: IS) ของ Stevens⁽¹⁷⁾ ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ ถึง 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2565

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ 1. กลุ่มพยาบาลวิชาชีพผู้ให้บริการผู้ป่วย โดยใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 16 คน 2. กลุ่มผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จำนวน 192 คน เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง แบ่งตัวอย่างออกเป็นกลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมและได้รับการดูแลรักษา ก่อนมีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 96 และกลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมและได้รับการดูแลรักษาผ่านรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม จำนวน 96 คน ระยะเวลา

ดำเนินการวิจัยอยู่ระหว่างเดือน ตุลาคม 2564 ถึงเดือน กรกฎาคม 2565 ซึ่งมีขั้นตอนการวิจัยจำแนกเป็น 2 ระยะ

การดำเนินการวิจัย

(1) ระยะที่ 1 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมฯ (ตุลาคม 2564 – มกราคม 2565) ประกอบไปด้วย 3 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม (พัฒนาครั้งที่ 1: D1)

1. วิเคราะห์สภาพปัญหาและประเมินความต้องการที่จำเป็นของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งด้านผู้ป่วย และด้านบุคลากร และศึกษาข้อมูลและนโยบายระดับกระทรวงสาธารณสุขเขตบริการสุขภาพที่ 10 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

2. ออกแบบและพัฒนารูปแบบ โดยใช้แนวคิด FAST HUG ร่วมกับแนวคิดศาสตร์การนำผลงานวิจัยไปสู่การปฏิบัติโดยนำแนวคิดศาสตร์การนำผลงานวิจัยไปสู่การปฏิบัติ (implementation science: IS)⁽¹⁷⁾ มาออกแบบกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน สำหรับขั้นตอนที่ 1 นี้ใช้ 3 ขั้นตอนแรกในช่วงการพัฒนารูปแบบ คือ

1) การค้นหาคำความรู้ (knowledge discovery) เป็นกระบวนการสืบค้นองค์ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการศึกษารวบรวมงานวิจัย บทความวิชาการ และความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเพื่อสนับสนุนและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ใช้การสืบค้นอย่างเป็นระบบเพื่อระบุหลักฐาน เชิงประจักษ์ที่มีความเกี่ยวข้องสูงสุดกับปัญหาที่ศึกษา จากนั้นนำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และสรุปผล เพื่อสร้างองค์ความรู้ที่นำมาใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้กรอบการสืบค้นของ PICO⁽¹⁸⁾

2) การสังเคราะห์และสรุปผลการวิจัย (evidence summary) โดยคัดเลือกงานวิจัยต่างประเทศตั้งแต่ปี ค.ศ. 2017 – 2024 สำหรับงานวิจัยประเทศไทยสืบค้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 – 2565 ผลการสืบค้นได้หลักฐานเชิงประจักษ์ จำนวน 12 เรื่อง^(10-14,19-25)

3) การแปลงผลการวิจัยสู่กิจกรรมการพยาบาล

(translation) เป็นการสืบค้นหาความรู้จากงานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ จากการศึกษารวบรวมทั้งงานวิจัย บทความวิชาการและความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยวิกฤตแบบ FAST HUG เพื่อนำมาใช้สนับสนุนกิจกรรมการพยาบาล

4. ยกร่างเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมฯ โดยใช้แนวทาง FAST HUG

5. นำรูปแบบตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบตามหลักวิชาการโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.94-1.00 และมีความเที่ยงแบบหาความสอดคล้อง เท่ากับ 0.82 ปรับปรุงรูปแบบตามข้อเสนอแนะ

ขั้นตอนที่ 2 การนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตฯ (ฉบับร่าง) ไปทดลองใช้ (วิจัยครั้งที่ 1: R1) ขั้นตอนนี้เป็นการดำเนินการต่อจากขั้นตอนที่ 1 คือ การยกร่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมฯ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้องไปศึกษานำร่องในขั้นตอนนี้ ได้ใช้ขั้นตอนที่ 4 การบูรณาการ (integration) การนำกิจกรรมการพยาบาลให้นำไปใช้ได้จริงทางคลินิก และขั้นตอนที่ 5 การประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก (evaluation) ตามแนวคิดของ Stevens⁽¹⁷⁾ ขึ้นซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. ทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม (ฉบับร่าง) เพื่อทำการทดสอบคุณภาพเบื้องต้นและความเป็นไปได้ของรูปแบบ ไปทดลองใช้กับตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงกับเกณฑ์คัดเข้า ผลการใช้รูปแบบ พบว่าผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมที่เข้ารับบริการในหอหนัก และได้รับการดูแลผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้แนวทาง FAST HUG มีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น แต่พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่เป็นพยาบาลจบใหม่ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตยังมีน้อย ถึงร้อยละ 65 ของพยาบาล ที่มีประสบการณ์อายุในการทำงานอยู่ในช่วง 1-3 ปี สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ด้านความรู้ และทักษะอยู่ในระดับปานกลาง ยังขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 3 ปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤต

อายุรกรรม (พัฒนาครั้งที่ 2: D2)

1. นำผลการศึกษาในขั้นตอนที่ 2 มาปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ซึ่งได้มีการปรับบทบาทหน้าที่ของพยาบาล ให้มีการจัดตั้งทีมผู้ดูแลผู้ป่วย ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาให้ผู้ปฏิบัติที่มีประสบการณ์น้อยกว่า มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย สามารถสอบถามพี่ที่มีประสบการณ์มากกว่า จากพยาบาลที่ผ่านการอบรมเฉพาะทาง ในกรณีที่ไม่มีใจหรือต้องการความช่วยเหลือ มีการประชุมกลุ่มร่วมกันระหว่างแพทย์และพยาบาล โดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน (case – based learning) มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทางคลินิก ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้แนวทาง FAST HUG และการประเมินติดตามผลลัพธ์ ทางคลินิกทุก 1 เดือน พร้อมทั้งให้ผลการประเมินสะท้อนกลับไปยังทีมเพื่อปรับปรุงคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้น ส่งเสริมการเรียนรู้และเพิ่มทักษะเชิงปฏิบัติให้สามารถปฏิบัติได้จริง และให้ข้อมูลย้อนกลับในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย นำไปสู่การพัฒนาปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่เรียกว่า “CARE Model”

2. จัดทำเป็นแนวทางการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมฉบับสมบูรณ์ ก่อนที่จะมีการนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 2 (วิจัยครั้งที่ 2: R2)

(2) ระยะที่ 2 ศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมฯ (กุมภาพันธ์ 2565 – กรกฎาคม 2565) (วิจัยครั้งที่ 2: R2)

1. นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง และประเมินประสิทธิผล ประกอบด้วย อุบัติการณ์ผู้ป่วยถึงห้องช่วยหายใจ อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ อุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ระยะเวลาในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยหนัก

2. นำข้อมูลมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

3. สรุปผลรูปแบบฯ และจัดทำรูปเล่มรายงาน เพื่อ

เผยแพร่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นฉบับสมบูรณ์ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน มีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index) เท่ากับ 0.94–1.00 และมีความเที่ยงแบบหาความสอดคล้อง (percentage of agreement) เท่ากับ 0.82

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ (1) ข้อมูลส่วนบุคคลและการรักษาที่ได้รับ ประกอบด้วย เพศ อายุ โรคประจำตัว ระดับความรุนแรงด้านสรีรวิทยา และการวินิจฉัยที่ได้รับ (2) แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยตามกิจกรรมให้การดูแลตาม FAST HUG (3) ข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิก ประกอบด้วย อุบัติการณ์ผู้ป่วยถึงห้องช่วยหายใจ อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ อุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ระยะเวลาในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยหนัก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

1. ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม เลขที่ DUCPH 2564 – 9 วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2564 แล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือราชการเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม เพื่อขออนุญาตเข้าดำเนินการตามโครงการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขั้นตอนเตรียมการ ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องในการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ประกอบด้วย อายุรแพทย์ จำนวน 2 คน เพื่อชี้แจงให้ทราบเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วย ในวันที่ 25 มกราคม พ.ศ. 2565 เวลา 13.00 – 16.00 น. และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 16

คน ในวันที่ 26 มกราคม พ.ศ. 2565 เวลา 13.00–16.00 น. เพื่อชี้แจงแนวทางการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม และการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย

3. ขั้นตอนดำเนินการ ผู้วิจัยดำเนินการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมกับผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งเป็นเจ้าของไข้เป็นผู้รับผิดชอบการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยกับผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ใช้ระยะเวลาในการดำเนิน 6 เดือน ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ ถึง 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 และเก็บรวบรวมผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม เพื่อเปรียบเทียบกับผลลัพธ์ในช่วงเวลาเดียวกันในปี พ.ศ. 2564 (1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. ถึง 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2564) จากแฟ้มประวัติผู้ป่วยของโรงพยาบาลหรือเวชระเบียน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและการรักษาที่ได้รับ ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว ระดับความรุนแรงด้านสรีรวิทยา และการวินิจฉัยที่ได้รับ โดยใช้สถิติบรรยายนำเสนอเป็นความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวแปร ได้แก่ การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน อุบัติการณ์ผู้ป่วยถึงห้องช่วยหายใจ ระยะเวลาในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ และระยะเวลาในการนอนในหอผู้ป่วยหนัก ก่อนและหลังพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ด้วยสถิติ independent sample t-test, Fisher's exact test

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ก่อนการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย

ร้อยละ 54.17 มีอายุ ระหว่าง 51-60 ปี มากที่สุด ร้อยละ 35.42 รองลงมา 61-70 ปี ร้อยละ 28.13 มีระดับความรุนแรงทางสรีรวิทยา อยู่ในระดับรุนแรงต่ำ ร้อยละ 58.33 และระดับรุนแรงปานกลาง ร้อยละ 41.67 การวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 58.56

ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤต-อายุรกรรมหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 59.38 มีอายุระหว่าง 51-60 ปี มากที่สุด ร้อยละ 38.54 รองลงมา 61-70 ปี ร้อยละ 22.02 มีระดับความรุนแรงทางสรีรวิทยา อยู่ในระดับรุนแรงต่ำ ร้อยละ 56.25 และระดับรุนแรงปานกลาง ร้อยละ 43.75 การวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 57.60 ดังตารางที่ 1

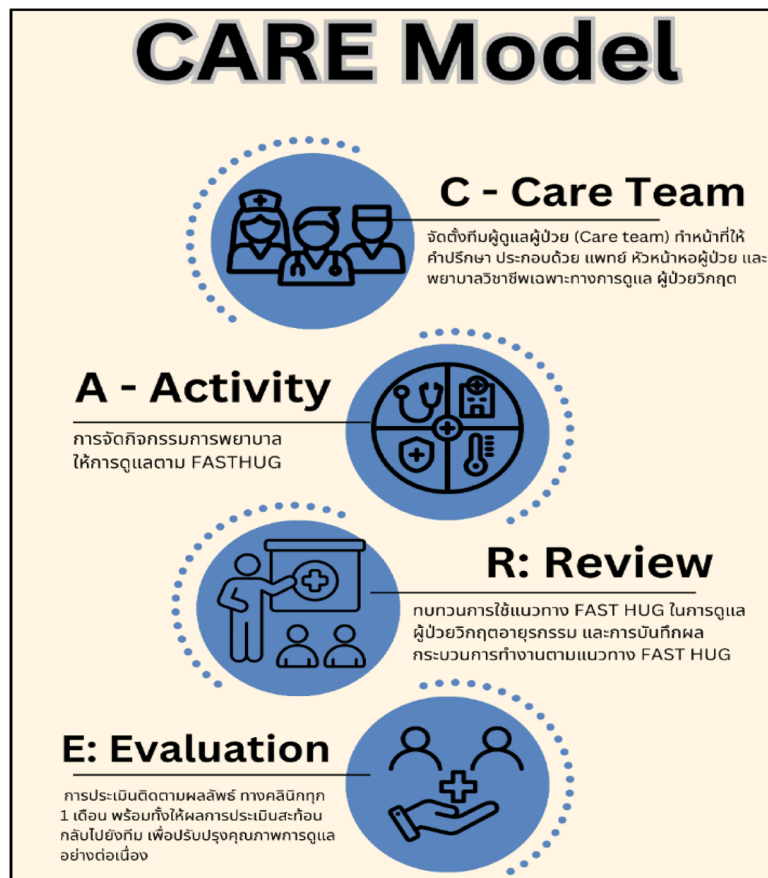
2. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช

เดชอุดมรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ที่เรียกว่า “CARE MODEL” ดังภาพ 1 ประกอบด้วย (1) C: Care team จัดตั้งทีมผู้ดูแลผู้ป่วย (Care team) ทำหน้าที่ให้คำปรึกษา ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านวิกฤตอายุรกรรม หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ที่มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 1 ปี (2) A: Activity การจัดกิจกรรมการพยาบาลให้การดูแลตาม FAST HUG ดังภาพ 2 (3) R: Review ทบทวนการใช้แนวทาง FAST HUG ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม และการบันทึกผลกระบวนการทำงานตามแนวทาง FAST HUG (4) E: Evaluation การประเมินติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกทุก 1 เดือน พร้อมทั้งให้ผลการประเมินสะท้อนกลับไปยังทีม เพื่อปรับปรุงคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่อง และประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤต อายุรกรรม ซึ่งรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม มีความตรงเชิง-

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของตัวอย่างวิจัย ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ

ข้อมูลตัวอย่าง		ก่อนพัฒนารูปแบบ (n=96)		หลังพัฒนารูปแบบ (n=96)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	52	54.17	57	59.38
	หญิง	44	45.83	39	40.63
อายุ (ปี)	น้อยกว่า 50	10	10.42	13	13.54
	51-60	34	35.42	37	38.54
	61-70	27	28.13	22	22.92
	71-80	21	21.88	18	18.75
	ตั้งแต่ 80 ขึ้นไป	4	4.17	6	6.25
ระดับความรุนแรงทางสรีรวิทยา (APACHE II)					
	คะแนน 0-9 (ความรุนแรงต่ำ)	56	58.33	54	56.25
	คะแนน 10-19 (ความรุนแรงปานกลาง)	40	41.67	42	43.75
การวินิจฉัยโรค	ระบบทางเดินหายใจ	61	58.56	60	57.60
	ระบบหัวใจและหลอดเลือด	7	6.72	6	5.76
	ระบบการติดเชื้อทั่วไป	22	21.12	20	19.2
	ความผิดปกติของการเผาผลาญและฮอร์โมน	6	5.76	10	9.6

ภาพที่ 1 CARE Model



เนื้อหา มีค่าเท่ากับ 0.94–1.00 และมีความเที่ยงแบบหาความสอดคล้อง เท่ากับ 0.82 ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่ยอมรับได้

3. ผลการเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก

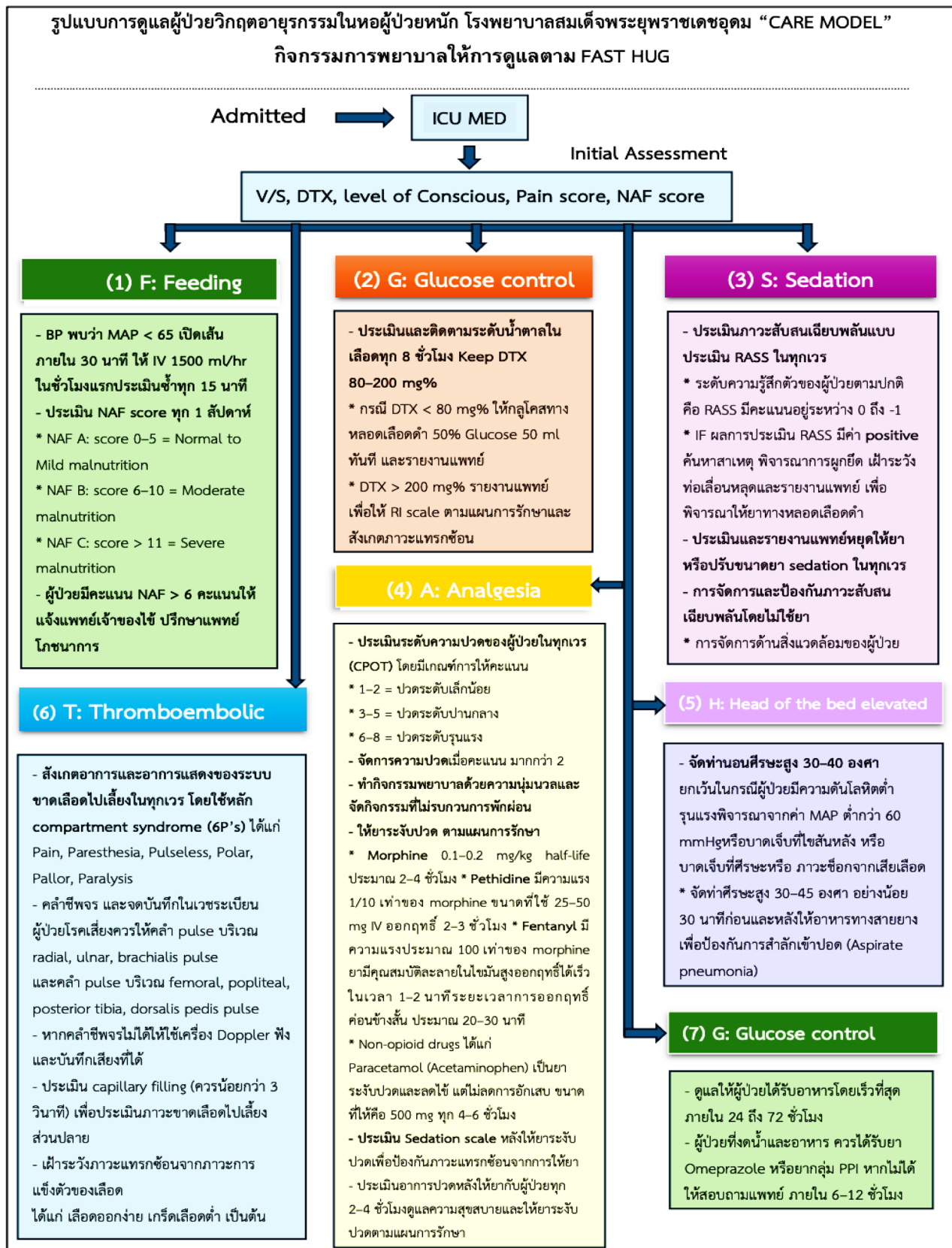
ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบอุบัติการณ์ผู้ป่วยถึงหอช่วยหายใจ อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ อุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันระยะเวลาในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยหนัก ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม พบว่า ภายหลังจากการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม อุบัติการณ์ผู้ป่วยถึงหอช่วยหายใจ อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ และอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อเทียบกับก่อนการพัฒนารูปแบบ และพบว่า ระยะเวลาในการหย่า

เครื่องช่วยหายใจ และจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยหนัก ภายหลังจากการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) เมื่อเทียบกับก่อนการพัฒนารูปแบบ ดังตารางที่ 2

วิจารณ์

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดมพบว่า มีคุณภาพระดับดีมาก ซึ่งตรงกับความจริงเนื้อหา มีค่าเท่ากับ 0.94–1.00 และมีความเที่ยงแบบหาความสอดคล้อง เท่ากับ 0.82 ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบภายใต้กรอบแนวคิดศาสตร์การนำผลงานวิจัยไปสู่การปฏิบัติ (implementation science: IS)⁽¹⁷⁾ ซึ่งเป็นรูปแบบกระบวนการทำงานเชิงระบบที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ในการคัดเลือกรงานวิจัยที่มีคุณภาพ

ภาพ 2 การจัดกิจกรรมการพยาบาล FAST HUG



การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยวิกฤต ก่อนและหลังการพัฒนาแบบ

ผลลัพธ์	ก่อนพัฒนาแบบ (n=96)		หลังพัฒนาแบบ(n=96)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อุบัติการณ์ผู้ป่วยตั้งท่อช่วยหายใจ					
ไม่เกิด	87	90.63	93	97.89	0.015 [†]
เกิด	9	9.37	2	2.11	
อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ					
ไม่เกิด	90	93.75	95	98.96	0.027 [†]
เกิด	6	6.25	1	1.04	
อุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน					
ไม่เกิด	88	91.67	94	97.92	0.025 [†]
เกิด	8	8.33	2	2.08	
ระยะเวลาในการหยาเครื่องช่วยหายใจ, Mean±SD	7.59±1.15		6.13±0.98		0.000 ^{††}
จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยหนัก, Mean±SD	10.95±1.63		8.76±1.34		0.000 ^{††}

หมายเหตุ: † = Fisher's Exact test, †† = independent sample t-test

ตามระดับความน่าเชื่อถือทางการพยาบาลนำมาออกแบบกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์⁽²⁵⁾ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ การค้นหาความรู้ (knowledge discovery) การสังเคราะห์และสรุปผลการวิจัย (evidence summary) การแปลงผลการวิจัยสู่กิจกรรมการพยาบาล (translation) การบูรณาการ (integration) การนำกิจกรรมการพยาบาลให้ไปใช้ได้จริงทางคลินิก และการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก (evaluation) ซึ่งการบูรณาการและการประเมินผลลัพธ์ เป็นผลลัพธ์ที่ผู้วิจัยคาดหวังให้เกิดขึ้นภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤต โดยกิจกรรมการพยาบาลให้การดูแลตามแนวคิด FAST HUG⁽⁸⁾ ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่เรียกว่า “CARE Model” คือ มีการจัดตั้งทีมผู้ดูแลผู้ป่วยทำหน้าที่ให้คำปรึกษา ให้ผู้ปฏิบัติที่มีประสบการณ์ น้อยกว่ามีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย สามารถสอบถามรุ่นพี่ที่มีประสบการณ์มากกว่าจากพยาบาลที่ผ่านการอบรมเฉพาะทาง ในกรณีที่ไม่นั่นใจหรือต้องการความช่วยเหลือและก่อนการใช้รูปแบบได้มีการอบรมเชิงปฏิบัติการ ทบทวนความรู้ในการดูแลผู้ป่วย โดยการอบรมให้ความรู้และฝึก

ทักษะการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม มีการออกแบบกิจกรรมการพยาบาลตามแนวคิด FAST HUG และการประเมินติดตามผลลัพธ์ ทางคลินิกทุก 1 เดือน พร้อมทั้งให้ผลการประเมินสะท้อนกลับไปยังทีมเพื่อปรับปรุงคุณภาพการดูแล อย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นส่งเสริมการเรียนรู้และทักษะในการพยาบาลตามแนวคิด FAST HUG ทำให้ผู้ปฏิบัติที่มีประสบการณ์น้อยกว่าได้รับความรู้ และเทคนิคการปฏิบัติที่เพียงพอสำหรับการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤต สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^(3,10,14,15) พบว่า การมีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมที่ชัดเจน ซึ่งพัฒนาขึ้นจากความต้องการของทีมบุคลากรที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย โดยใช้ข้อมูลองค์ความรู้จากงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความน่าเชื่อถือผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ ทำให้ทีมมีกรอบแนวคิดเดียวกันในการดูแลผู้ป่วย และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ทำให้ได้รูปแบบที่ครอบคลุมทุกมิติการดูแล ซึ่งจะส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย และช่วยพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพสูงสุดได้

2. ผลลัพธ์จากการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤต

อายุรกรรมในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม พบว่า อุบัติการณ์ผู้ป่วยถึงท่อช่วยหายใจ อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ และอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ระยะเวลาในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยหนักลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

อุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน และอุบัติการณ์ผู้ป่วยถึงท่อช่วยหายใจ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม เนื่องจากผู้ป่วยวิกฤตได้รับการจัดการและป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันอย่างเหมาะสม มีการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน ด้วยแบบประเมินภาวะง่วงซึมกระวนกระวายของริชมอนด์ในทุกเวร ซึ่งเป็นเครื่องมือประเมินมาตรฐานสามารถประเมินภาวะสับสนและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันการถึงท่อช่วยหายใจได้⁽¹⁹⁾ นอกจากนี้แล้ว มีการดูแลจัดการและป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันโดยมุ่งเน้น การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เงียบสงบ เพื่อลดเสียงรบกวน ส่งเสริมการพักผ่อนที่เพียงพอและมีคุณภาพ มีการเปิดไฟเพื่อทำหัตถการเท่าที่จำเป็น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา⁽²⁰⁾ พบว่า โปรแกรมการจัดการและป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันโดยไม่ใช้ยาสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน และสามารถลดอุบัติการณ์การถึงท่อช่วยหายใจจากเหตุการณ์อื่นไม่พึงประสงค์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ระยะเวลาในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และอัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อธิบายได้ว่า พยาบาลผู้ป่วยวิกฤตเน้นให้การดูแลในการป้องกันปอดอักเสบจากเครื่องช่วยหายใจในทุกขั้นตอน โดยมีการจัดทำนอนศีรษะสูง 30 องศาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงก่อนและหลังการ

ให้อาหารอย่างน้อย 30 นาที เพื่อป้องกันการสำลักเข้าปอดพร้อมกับการเฝ้าระวังและติดตามภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิด⁽²¹⁾ นอกจากนี้ ยังมีการประเมินและจัดการด้านโภชนาการ การได้รับสารอาหาร และสารน้ำอย่างเพียงพอ โดยใช้แบบประเมิน Nutrition Alert Form (NAF) score ทุก 1 สัปดาห์^(21,22) และการบรรเทาความเจ็บปวดอย่างเหมาะสม⁽²³⁾ ส่งผลให้ร่างกายผู้ป่วยมีพลังงานที่จะฟื้นตัวได้ดีขึ้น แข็งแรงมีภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้น และมีการประเมินความพร้อมในการถอดท่อช่วยหายใจของผู้ป่วยทุกวัน ทำให้ผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจได้เร็ว ลดระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจ และลดอัตราการติดเชื้อจากการใส่เครื่องช่วยหายใจลงซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การใช้รูปแบบ FAST HUG ช่วยลดระยะเวลาในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และลดอัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจได้^(9,10,14,15,16)

จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยหนักลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม เนื่องจากรูปแบบที่ใช้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตโดยใช้ FAST HUG เป็นแนวทางที่ได้รับการยอมรับและนำมาใช้ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยวิกฤต โดยเน้นการจัดการด้านต่างๆ ที่มีความสำคัญต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยครอบคลุมตัวชี้วัดผลลัพธ์การดูแล⁽¹²⁾ ซึ่งผู้วิจัยได้นำแนวคิดการดูแลผู้ป่วยวิกฤตโดยใช้ FAST HUG มาออกแบบกิจกรรมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย มีแนวทางในการประเมินประเด็นสำคัญทุกวันอย่างเป็นระบบ ทำให้พยาบาลสามารถวางแผนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและครบถ้วน ตัวอย่างเช่น การเริ่มให้อาหารทางเดินอาหารอย่างเหมาะสมภายใน 24 ชั่วโมงมีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวที่ดีขึ้นของระบบทางเดินอาหารและภูมิคุ้มกัน การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างเหมาะสม ช่วยลดอัตราการติดเชื้อ และการยกระดับศีรษะเตียงอย่าง

ต่อเนื่อง ช่วยลดการล้มและป้องกันปอดอักเสบ จากการล้ม ผู้ป่วยได้รับการประเมินความปวดอย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น สามารถจัดการกับความปวดลดลงได้ ส่งผลให้จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยหนักลดลง สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การประยุกต์ใช้แนวคิด FAST HUG ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอย่างมีแบบแผนโดยทีมสหสาขาวิชาชีพช่วยลดจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยหนักได้^(9-10,12-16)

ข้อเสนอแนะ

ควรนำรูปแบบ “CARE Model” ไปใช้กับผู้ป่วยวิกฤต คัลยกรรมทั่วไป หรือคัลยกรรมกระดูกได้ โดยมุ่งเน้นการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ และศึกษาคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ความปวด และความสามารถในการกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้

การนำผลการวิจัยไปใช้

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดมที่พัฒนาขึ้น เป็นการดูแลผู้ป่วยที่เน้นบทบาทอิสระของพยาบาลที่ชัดเจน ตามกิจกรรมการพยาบาล และเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ผู้บริหารทางการพยาบาลควรส่งเสริมให้นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมในหอผู้ป่วยหนัก ไปใช้กับผู้ป่วยวิกฤตคัลยกรรมได้ โดยพิจารณาข้อจำกัดของผู้ป่วยแต่ละโรค

เอกสารอ้างอิง

1. Gooch RA, Kahn JM. ICU bed supply, utilization, and health care spending: an example of demand elasticity. JAMA 2014;311(6):567-8.
2. ดวงกมล เอียวเรืองสุริติ, พัฒน์ ก่อรัตนคุณ. อายุรศาสตร์ สงขลานครินทร์ เล่ม 1 การดูแลผู้ป่วยวิกฤตและฉุกเฉินทางอายุรศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: สหพัฒนาการพิมพ์; 2562.
3. กัญจนา ปุกคำ, ธาติพิทย์ วิเศษธาร. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตคัลยกรรมโดยใช้แนวทาง FAST HUG. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2559;25(1):116-27.
4. Armahizer MJ, Benedict NJ. FAST HUG: ICU prophylaxis. Am J Health Syst Pharm 2021;35:1-11.
5. วิจิตรา กุสุมภ์. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต: แบบองค์รวม. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: พีเคเค พรินต์; 2565.
6. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม. Hospital profile โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ปี 2565. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม; 2565.
7. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560-2579). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2561.
8. Vincent WR, Hatton KW. Critically ill patients need “FAST HUGS BID” (an updated mnemonic). Crit Care Med 2009;37(7):2326-37.
9. วิราวรรณ เมืองอินทร์, บุษบา อัครวนสกุล, มยุรี พรหมรินทร์, มยุรฉัตร ด้วนคร, นงเยาว์ มงคลอิทธิเวช. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตโดยใช้แนวคิด FAST HUGS BID ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและคัลยกรรม โรงพยาบาล เชียงรายประชานุเคราะห์. วารสารพยาบาล 2564;48(4): 308-23.
10. Magnan GB, Vargas RS, Lins LF. FAST HUG in an ICU at a private hospital in Brasília: checklist and the eighth evaluation item. Crit Care 2009;13(Suppl 3):1-9.
11. Nair AS, Naik VM, Rayani BK. FAST HUGS BID: modified mnemonic for surgical patient. Indian J Crit Care Med 2017;21(10):713-4.
12. Papadimos TJ, Hensley SJ, Duggan JM, Khuder SA, Borst MJ, Fath JJ, et al. Implementation of the “FAST HUG” concept decreases the incidence of ventilator-associated pneumonia in a surgical intensive care unit. Patient Saf Surg 2008;2:3.
13. ดรุณี ไชยวงศ์, ชนกพร อุตตะมะ, ปรีชาติ ชันทรักษ์, บังอร เชื้อนคำ, ปราณี เมธารณ. ผลการดูแลผู้ป่วยวิกฤตตามแนวคิด FAST HUG และ BANDAIDS ในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลนครพิงค์. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ 2565;29(2):32-50.

14. ประภา แก้วพวง, นฤมล จันท์สุข. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โดยใช้แนวทาง FAST HUGS BID. วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม 2565;10(1):321-36.
15. กาญจนา เหลี่ยมไตร, นรลักษณ์ เสน่หา, เสาวลักษณ์ ไวรพรรทา, กฤติกา บุญมาก. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งวิกฤตศัลยกรรม ด้วยการประยุกต์ใช้แนวคิด FAST HUGS BID. กรุงเทพมหานคร: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ; 2565.
16. บงกฏ ปัจสา, ณีติยา พรหมสาขา ณ สกลนคร, อรุณา แก้วเกิด. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรงในผู้ใหญ่ โดยแบบประเมิน FAST HUG และ SAR ในหอผู้ป่วยหนักระบบทางเดินหายใจ โรงพยาบาลสกลนคร. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร 2565;25(3):85-98.
17. Stevens KR. Essential competencies for evidence-based practice in nursing. 2nd ed. San Antonio: Academic Center for Evidence-Based Practice (ACE), University of Texas Health Science Center; 2009.
18. Joanna Briggs Institute. The Joanna Briggs Institute EBP database guide. Adelaide: Joanna Briggs Institute; 2016.
19. Gusmao-Flores D, Salluh JI, Chalhoub RÁ, Quarantini LC. The confusion assessment method for the intensive care unit and intensive care delirium screening checklist for the diagnosis of delirium: a systematic review and meta-analysis of clinical studies. Crit Care 2012; 16(4):R115.
20. อรัญญา ศรีหาวงษ์. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยวิกฤต. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2565;8(2):460-70.
21. Elke G, van Zanten AR, Lemieux M, McCall M, Jeejeebhoy KN, Kott M, et al. Enteral versus parenteral nutrition in critically ill patients: an updated systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Crit Care 2016;20(1):1-4.
22. สมาคมผู้ให้อาหารทางหลอดเลือดดำและทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย. คำแนะนำการให้อาหารทางหลอดเลือดดำในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่นอนโรงพยาบาล พ.ศ.2562. กรุงเทพมหานคร: สมาคมผู้ให้อาหารทางหลอดเลือดดำและทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย; 2562.
23. Becker D, Kaplow R, Muenzen PM, Hartigan C. Activities performed by acute and critical care advanced practice nurses: American Association of Critical-Care Nurses study of practice. Am J Crit Care 2006;15(2):130-48.
24. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Glycemic targets: standards of medical care in diabetes—2022. Diabetes Care 2022;45(Suppl 1):S83-96.
25. นงลักษณ์ วิรัชชัย. ศาสตร์การนำ (ผลวิจัย) สู่การปฏิบัติ. การประชุมสัมมนางานวิจัยจิตพฤติกรรมศาสตร์ด้านระบบพฤติกรรมไทย เรื่อง พลังคุณธรรม จริยธรรม นำแก่วิกฤตชาติ; 13-14 มิ.ย. 2562; โรงแรมรามารการ์เด้นส์, กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ; 2562.

**The Development of Nursing CARE Model for Medical Critically Ill Patient
in the Intensive Care Unit, Detudom Crown Prince Hospital**

Watcharaphan Wongkhamphan, M.N.S. (Nursing Administration)

Detudom Crown Prince Hospital, Ubon Ratchathani Province, Thailand

Journal of Health Science of Thailand 2025;34(6):1059–71.

Corresponding author: Watcharaphan Wongkhamphan, Email: Marker47217@gmail.com

Abstract: This research and development study aimed to develop a care model for critically ill medical patients in the intensive care unit at Detudom Crown Prince Hospital and to compare clinical outcomes of critically ill patients before and after the model development. The study was conducted in two phases with a purposive sampling approach. The sample consisted of 16 professional nurses and 192 critically ill medical patients. The research instruments included: (1) a care model for critically ill medical patients, (2) patient data recording forms, and (3) clinical outcome recording forms. Qualitative data were analyzed through content analysis, while quantitative data were analyzed using frequency distribution, mean, standard deviation, independent sample t-test, and Fisher's Exact test. The research findings revealed that: (1) the developed care model for critically ill medical patients, termed "CARE Model" comprised four components: C (Care team) – establishment of a patient care team; A (Activity) – organization of nursing activities to provide care according to FAST HUG protocol; R (Review) – review of FAST HUG guideline implementation in critically ill medical patient care and documentation of work process results according to FAST HUG protocol; and E (Evaluation) – clinical outcome evaluation conducted monthly with feedback provided to the team to continuously improve quality of care and evaluate care outcomes. (2) Comparison of clinical outcomes before and after model development revealed that following implementation of the developed care model, there were significant statistical reductions in the incidence of patients unplanned extubation, ventilator-associated pneumonia rate, incidence of acute delirium, duration of mechanical ventilation weaning, and length of stay in the ICU compared to the pre-implementation period ($P < 0.05$).

Keywords: model development; critically ill medical patients; FAST HUG concept