

การสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยและแผนการรักษาสำหรับผู้ป่วยที่ย้ายออกจาก หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมไปยังหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป

สายฝน รัตนเดชากุล พย.บ.*

ดาวรุ่ง ศิลาจารย์ พย.บ.*

ณัฏฐ์ผลิกา กองพลพรหม พ.บ.**

* พยาบาลผู้เชี่ยวชาญหน่วยโรคระบบหายใจและภาวะวิกฤตฯ ฝ่ายการพยาบาล

** อาจารย์แพทย์ประจำสาขาวิชาโรคระบบหายใจและภาวะวิกฤตฯ

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

บทคัดย่อ

การสื่อสารเป็นสิ่งสำคัญในการวางแผนและส่งต่อแผนการรักษาสำหรับผู้ป่วยที่ออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินว่าบุคลากรทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม สื่อสารกับบุคลากรในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไปได้ดีเพียงใด การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงสังเกต (observational study) เพื่อประเมินประสิทธิภาพการสื่อสารของทีมหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมในผู้ป่วยที่ย้ายจากหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมไปยังหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป โดยระยะเวลา 7 เดือน รวบรวมผู้ป่วยที่ย้ายออกจาก 3 หน่วยงานวิกฤตอายุรกรรมไปยัง 11 หอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไปได้ จำนวน 390 ราย ซึ่งไม่รวมผู้ป่วยที่ย้ายไปยังหอผู้ป่วยวิกฤตอื่นหรือหอผู้ป่วยนอก แผนกอายุรกรรม และผู้ที่ปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการศึกษา ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ได้รับการติดตามเป็นเวลา 7 วันหลังจากออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินว่าได้รับการรักษาตามแผนหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมหรือไม่ หากไม่ได้รับการรักษาตามแผนจะได้รับการตรวจสอบถึงสาเหตุการเปลี่ยนแปลงแผนการรักษา เช่น ความเข้าใจผิดหรือการสื่อสารที่ผิดพลาด โดยติดตามข้อมูลในแง่ของเงื่อนไขการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม พบข้อมูลได้ 4 กลุ่ม ได้แก่ เข้าเกณฑ์จำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ย้ายไปเพื่อดูแลระยะสุดท้าย ย้ายออกพร้อมการใช้เครื่องช่วยหายใจเพื่อหยาเครื่องช่วยหายใจต่อที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไปและผู้ป่วยไม่พร้อมจำหน่ายออกแต่ต้องย้ายออกเพราะผู้ป่วยอาการหนักกว่าต้องการเตียง นอกจากนี้ยังศึกษาประสิทธิภาพของการสื่อสารในการส่งต่อข้อมูล และแผนการรักษาของผู้ป่วยที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมไปยังหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป ในแง่ของการสื่อสารการส่งข้อมูลและแผนการรักษาที่ผิดพลาด และการละเลยข้อมูลที่สำคัญของผู้ป่วยที่ย้ายออกของทีมหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ไปยังทีมหอผู้ป่วยอายุรกรรมว่ามากน้อยเพียงใด แบ่งได้ 5 ระดับ คือมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด จากผลการวิจัยพบว่าบุคลากรในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมส่วนใหญ่สามารถส่งต่อข้อมูลสภาพโดยรวมของผู้ป่วยได้ แต่ยังมีปัญหาในการสื่อสารบางประการที่ยังต้องพัฒนาเพิ่มเติม ดังนั้นผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการสร้างโปรแกรมการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในอนาคตได้

บทนำ

โรคทางอายุรกรรมส่วนใหญ่มักเป็นโรคเรื้อรัง ต้องได้รับการดูแลยาวนานและมีการทรุดหนักได้บ่อย บางครั้งต้องได้รับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม และเกิดปัญหาแทรกซ้อนได้บ่อย ทำให้การรักษามีความซับซ้อน ใช้เวลานาน เป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้เกิดการสูญเสียทรัพยากร สุขภาพและโอกาสจากสถิติของหน่วยงานหอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม 1 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปี พ.ศ. 2566 พบว่าอัตราการครองเตียงของผู้ป่วยโดยเฉลี่ยร้อยละ 95.68-97.71 คิดเป็นวันนอนรวม 215-241 วันนอน/เดือน ในขณะที่หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมมีปริมาณเตียงที่จำกัด 7-8 เตียงต่อหน่วยงาน ซึ่งในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มีหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม 2 หน่วยงาน และกึ่งวิกฤตอายุรกรรม 1 หน่วยงาน รวมทั้งสิ้น 20 เตียง ในบางครั้งต้องมีการย้ายผู้ป่วยที่อาการหนักน้อยที่สุดของหน่วยออกมาหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไปเพื่อเปิดเตียงหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม เพื่อรับผู้ป่วยที่อาการหนักมากกว่า ทำให้เกิดปัญหาความไม่พร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหนักนอก หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ส่งผลกระทบต่อการดูแลผู้ป่วยตามปกติของหอผู้ป่วยทั้งในการดูแลต่อเนื่องและการป้องกันอาการทรุดลงจากความไม่พร้อมของอุปกรณ์ บุคลากรและทีมแพทย์ ดังนั้นการส่งแผนการรักษาและการวางแผนการดูแลต่อเนื่องให้กับหอผู้ป่วย จึงเป็นการช่วยแบ่งเบาภาระการวางแผนการรักษาและการดูแลต่อเนื่องได้เป็นอย่างดี ซึ่งในบางครั้งการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพอาจเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความสับสนในการดูแล และไม่ได้ช่วยแก้ปัญหาได้อย่างแท้จริง ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการประเมินการส่งต่อข้อมูลและแผนการรักษาว่ามีประสิทธิภาพเพียงใด สามารถช่วยให้การดูแลผู้ป่วยที่ออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมได้หรือไม่

การสื่อสารโดยการส่งข้อมูลผู้ป่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป และวางแผนการรักษาเพื่อให้การดูแลต่อเนื่องตามแผนการรักษาของหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม จะเป็นการช่วยเพิ่มประสิทธิภาพลดภาระและแบ่งเบาภาระการประเมินประวัติการรักษาและแนวทางการรักษาของบุคลากรแพทย์นอกหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมได้ ดังเป็นที่ทราบกันแล้วว่าผู้ป่วยที่อาการไม่คงที่หรือยังไม่พร้อมในการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

อายุรกรรมมีโอกาสเกิดอาการทรุดลงได้ถ้าแผนการรักษาหรือการดูแลไม่เพียงพอ อาจส่งผลให้อาการผู้ป่วยทรุดลงได้เร็วขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการเกิดภาวะฉุกเฉินต้องได้รับการช่วยชีวิตเนื่องจากหัวใจหยุดเต้น การที่มีอาการทรุดลงต้องใส่ท่อช่วยหายใจใหม่ หรือแม้แต่อาการทรุดลงจนต้องกลับเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมอีกครั้ง ล้วนเป็นสิ่งไม่พึงประสงค์ของการรักษาทั้งสิ้น ดังนั้นการส่งต่อข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงต่อการรักษารายบุคคลจึงมีความสำคัญในการช่วยประเมินปัญหาและให้เกิดการเฝ้าระวังอย่างตรงจุดแก่ผู้ป่วยแต่ละรายช่วยให้เกิดการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นได้ ซึ่งอาจมีส่วนช่วยลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ดังกล่าวได้มากขึ้น แต่ถึงแม้ว่าจะมีการวางแผนที่ดี มีการวางแผนการรักษาให้จากหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม แต่ถ้าการส่งสารทำได้ไม่ครอบคลุมไม่สามารถทำให้หอผู้ป่วยทั่วไปเข้าใจภาพรวมของผู้ป่วยจากหอวิกฤตได้ แสดงให้เห็นถึงปัญหาและการจัดการเรื่องการดูแลได้ไม่ชัดเจน หรือการละเลยข้อมูลที่สำคัญ ล้วนเป็นการสรุปสารและการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพทั้งสิ้น จึงไม่อาจช่วยให้เกิดการดูแลที่มีประสิทธิผลได้ รวมถึงในการส่งต่อข้อมูลปัจจุบันไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนไปยังหอผู้ป่วยทั่วไปทำให้มีข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนในบางครั้ง หรือไม่มีระบบชัดเจนในการส่งต่อนั่นเอง โดยคาดว่าหลักการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะสามารถแก้ไขหรือลดภาวะแทรกซ้อนได้ การศึกษานี้จึงเกิดขึ้นเพื่อติดตามประเมินว่าปัจจุบันกระบวนการส่งต่อที่ทำอยู่มีคุณภาพ ครบถ้วน และเป็นแนวทางเดียวกันทุกหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมหรือไม่ และมีบางครั้งที่มีการใช้ ICU discharge form ไม่สม่ำเสมอ ซึ่งสุดท้ายจะส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยต่อไป การศึกษาจึงเป็นการส่งเสริมให้เกิดการใช้แบบฟอร์มมากขึ้นซึ่งจะส่งเสริมการได้ข้อมูลในการทำวิจัยที่จะพัฒนาต่อไป โดยผู้วิจัยทำการศึกษารวบรวมข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มผู้ป่วยที่ควรได้รับการส่งต่อข้อมูลเพื่อให้ครอบคลุมการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย ช่วยในการเฝ้าระวังและดูแลต่อเนื่องอย่างดีทำให้แพทย์และพยาบาลของหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามารถดูแลผู้ป่วยที่ออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมที่มีหลาย ๆ สภาวะได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต่อเนื่องและมีความปลอดภัยได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการสื่อสารในการส่งต่อข้อมูลและแผนการรักษาของผู้ป่วยที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมไปยังหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป

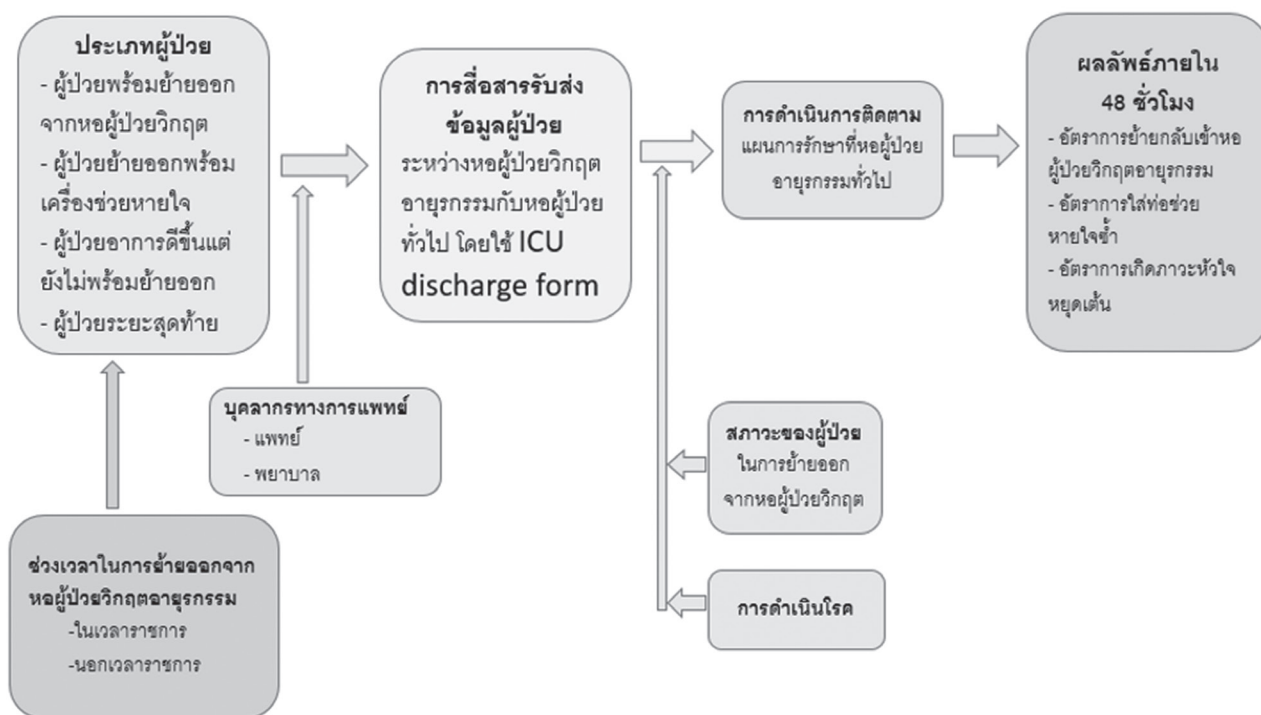
วัตถุประสงค์รอง

1. เพื่อศึกษาการดำเนินงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไปว่าตรงตามแผนการรักษาของผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมหรือไม่ อย่างไร
2. เพื่อศึกษาอัตราการย้ายกลับเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม (readmission rate) อัตราการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ

(reintubation rate) และอัตราการเกิดหัวใจหยุดเต้น (cardiac arrest events) ที่เกิดขึ้นภายใน 48 ชั่วโมงหลังการย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของประสิทธิภาพการสื่อสารในการส่งข้อมูลผู้ป่วยที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมไปยังหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไปกับอัตราการย้ายกลับเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมที่เกิดขึ้นใน 48 ชั่วโมง อัตราการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ และอัตราการเกิดหัวใจหยุดเต้น และติดตามผลต่อเนื่องในวันที่ 7 หลังจากผู้ป่วยย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม

กรอบแนวคิดของการวิจัย



แบบภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

คำถามของการวิจัย/สมมติฐานของการวิจัย

- คำถามวิจัยหลัก

ประสิทธิภาพของการสื่อสารในการส่งต่อข้อมูล และแผนการรักษาของผู้ป่วยที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ไปยังหอผู้ป่วยอายุรกรรม เป็นอย่างไร

- คำถามวิจัยรอง

- การดำเนินงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมว่า ตรงตามแผนการรักษาของผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมหรือไม่ อย่างไร
- อัตราการย้ายกลับเข้าหอผู้ป่วยวิกฤต อายุรกรรม (readmission rate) อัตราการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ (reintubation rate) และอัตราการเกิดหัวใจหยุดเต้น (cardiac arrest events) ที่เกิดขึ้นภายใน 48 ชั่วโมง หลังการย้าย ผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมเป็นเท่าไร
- ความสัมพันธ์ของประสิทธิภาพการรับส่งข้อมูล ของหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมและหอผู้ป่วยอายุรกรรมกับ อัตราเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นใน 48 ชั่วโมง เป็นอย่างไร

วิธีดำเนินการวิจัย

ในการดำเนินงานวิจัยเรื่อง “การสื่อสารข้อมูลผู้ป่วย และแผนการรักษาสำหรับผู้ป่วยที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วย ไอซียูอายุรกรรมไปยังหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป” เป็นการ วิจัยเชิงสังเกตไปข้างหน้า (prospective observational study) เพื่อประเมินประสิทธิภาพการสื่อสารของทีมหอผู้ป่วย วิกฤตอายุรกรรมในผู้ป่วยที่ย้ายไปยังหอผู้ป่วยอายุรกรรม ทั่วไป โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยทุกรายที่ย้ายออก จากหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม MICU 1, MICU 2 step down ไปยังหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไปของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ รวม 11 หน่วยงาน ได้แก่ หอผู้ป่วย 17 C, 18 B1, 18 B2, 19 B1, 19 B2, 26 A, 26 B 27 A, 27 B, 27 C และ 28 C แล้วนำข้อมูลที่ได้นำไปทำการวิเคราะห์ทางสถิติเพื่อประเมินผล ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

วิธีการวิจัย

1. เมื่อมีผู้ป่วยที่ได้รับการพิจารณาในการย้ายออก จากหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมไปสู่หอผู้ป่วยอายุรกรรม

ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่เข้ากับเงื่อนไขของงานวิจัยตาม inclusion/ exclusion criteria ทีมผู้ทำวิจัยจะอธิบายวิธีการ ขั้นตอน การวิจัยและผลแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ ให้ผู้ป่วยหรือญาติ ที่เป็นผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ป่วยรับทราบ หากผู้ป่วย หรือผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ป่วยสนใจเข้าร่วมการศึกษา วิจัยนี้ ทีมผู้ทำวิจัยจะให้ผู้ป่วยหรือผู้แทนโดยชอบธรรม ดังกล่าวเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนที่จะเข้าร่วม ดำเนินการวิจัย โดยผู้ป่วยหรือผู้แทนโดยชอบธรรมสามารถ ปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยได้อย่างอิสระโดยไม่ส่งผลต่อการรับ การรักษาทางการแพทย์

2. แพทย์ประจำหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ได้แก่ แพทย์ต่อยอดเฉพาะทาง แพทย์ประจำบ้าน ประจำหอผู้ป่วย วิกฤต หรือแพทย์เวรนอกเวลาราชการ กรอกข้อมูลของ ผู้ป่วยทุกรายที่ย้ายออกลงในแบบฟอร์มรับ-ส่งเวร ICU discharge form (ตามเอกสารแนบที่ 1) ที่หอผู้ป่วยวิกฤต โดยแบบฟอร์มดังกล่าวเป็นแบบฟอร์มสรุปที่ใช้ในการส่งต่อ ข้อมูลของผู้ป่วยวิกฤตตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยหอผู้ป่วย วิกฤตอายุรกรรมที่ใช้อยู่ตามแนวทางปฏิบัติเดิม

3. ทีมผู้วิจัยบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึก: ข้อมูล อายุ เพศ การวินิจฉัยโรค การหายใจ ปัญหาต่อเนื่องที่ต้อง ได้รับการดูแลต่อ และอื่นๆ ตามแบบฟอร์ม

4. ติดตามประเมินการสื่อสาร แพทย์และพยาบาล ผ่านเวชระเบียนที่ใช้ในการส่งต่อข้อมูลและแผนการดูแล รักษา คือ แพทย์ประเมินจากเอกสารในระบบเวชระเบียน อิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Medical Recorded: EMR) ได้แก่ เอกสารบันทึกความก้าวหน้าของคนไข้ (progress note): ข้อมูลในการให้บริการ, ความก้าวหน้าของการรักษา, การย้ายหอผู้ป่วย, สรุปการจำหน่าย (discharge summary): ปัญหาที่เกิดขึ้นในหอผู้ป่วยวิกฤต, แผนการรักษา (Plan), ส่วนสรุปการจำหน่ายของพยาบาลประเมินการสื่อสาร จากเอกสารผู้ป่วยย้ายตก ซึ่งมีทั้งแบบฟอร์มเก่า-ใหม่ของ หน่วยงาน และการพิมพ์ส่งข้อมูลย้ายผู้ป่วยในคอมพิวเตอร์ ทั้งรูปแบบพิมพ์ออกมาเป็นแผ่นกระดาษและแบบไม่พิมพ์ ออกมาแต่ให้หอผู้ป่วยอายุรกรรมดูข้อมูลในคอมพิวเตอร์เอง จากนั้นผู้วิจัยเข้าประเมินการดูแลผู้ป่วยทุกรายที่หอผู้ป่วย อายุรกรรมที่ผู้ป่วยย้ายออกไปจำนวน 11 หอผู้ป่วย ภายใน

ระยะเวลา 48 ชั่วโมง ว่าตรงตามแผนการสื่อสารที่ส่งออกไปหรือไม่

5. ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูล ติดตามและประเมินผลประสิทธิภาพการสื่อสารและการดูแลผู้ป่วย (ตามเอกสารแนบที่ 2) ด้วยการอ้างอิงความจำเป็นของข้อมูลผู้ป่วยที่ควรมีในเวชระเบียนซึ่งได้จากคู่มือการตรวจประเมินคุณภาพเวชระเบียน ปี 2563 มากำหนดเป็นเกณฑ์การให้คะแนนเพื่อวัดคุณภาพการสื่อสารในงานวิจัย (ตามเอกสารแนบที่ 3) นอกจากนั้นแล้วยังมีหน้าที่ค้นหาปัญหาของการสื่อสารถ้าเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในระหว่างการเก็บข้อมูล เช่น แนวทางการรักษาที่เปลี่ยนไปเพราะการรับส่งข้อมูลที่ผิดพลาด ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ติดตามประเมินผลจะสอบถามและตรวจสอบความถูกต้องจากผู้ส่งสาร (giver) ทางโทรเวชกรรม (telemedicine) โดยใช้โปรแกรมไลน์ (Line application) ติดต่อระหว่างทีมหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมและทีมหอผู้ป่วยอายุรกรรม เพื่อตรวจสอบยืนยันแผนการรักษาอีกครั้งให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน โดยให้แพทย์ดูแลแก้ไขแผนการรักษาตนเอง โดยทีมผู้วิจัยไม่ได้มีส่วนในการแก้ไขหรือวางแผนการรักษา

6. สิ้นสุดระยะเวลาการเก็บข้อมูล โดยผู้ป่วยจะอยู่ในโครงการวิจัย 48 ชั่วโมง หลังการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมโดยมีการประเมินคะแนนประสิทธิภาพการส่งต่อข้อมูลและอาการของผู้ป่วยแต่ละรายที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมเป็นระยะเวลา 48 ชั่วโมง ด้วยแบบฟอร์ม: แบบประเมินการรับ-ส่งเวร: สำหรับผู้ส่งเวร จากนั้นจึงทำการสรุปข้อมูลอีกครั้งในวันที่ 7 หลังจากย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม (ตามเอกสารแนบที่ 2)

ระเบียบวิธีการวิจัย (Research Methodology)

- ประชากร

ประชากร (population) คือผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมไปยังหอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม

ประชากรเป้าหมาย (target population) ประชากรสำหรับการวิจัยในครั้งนี้คือ ผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตคือ ไอซียูอายุรกรรม 1 (MICU 1) ไอซียูอายุรกรรม 2 (MICU 2) และหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม (step down

med) อาคารภูมิสิริฯ ชั้น 10 ไปยังหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไปของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้แก่ หอผู้ป่วย 17 C, 18 B1, 18 B2, 19 B1, 19 B2, 26 A, 26 B, 27 A, 27 B, 27 C และ 28 C ในช่วงเดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม พ.ศ. 2565 และเดือนมกราคม-พฤษภาคม พ.ศ. 2566 รวมระยะเวลา 7 เดือน ได้กลุ่มผู้ป่วยจำนวนทั้งสิ้น 390 ราย โดยมีรายละเอียดการคัดเลือกผู้ป่วยอาสาสมัครเข้าโครงการศึกษา ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าโครงการ (Inclusion criteria)

ผู้ป่วยทุกรายที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม MICU1, MICU2, step down อาคารภูมิสิริมังคลานุสรณ์ ไปยังหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไปของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้แก่ หอผู้ป่วย 17C 18B1 18B2 19B1 19B2 26A 26B 27A 27B 27C และ 28C ในช่วงเดือนกรกฎาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2565

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยวิกฤตอื่น

2. ผู้ป่วยที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยอื่นนอกเหนือจาก 11 หอผู้ป่วยข้างต้น

- ขนาดตัวอย่างและการคำนวณ

กำหนดขนาดตัวอย่างที่จำเป็นในการประมาณสัดส่วนด้วยความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และส่วนต่างของความผิดพลาดร้อยละ 5

สมมติสัดส่วนประชากร 0.5 (เนื่องจากไม่มีข้อมูลการศึกษามาก่อนว่ามีสัดส่วนประชากรของผู้ป่วยที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมที่ส่งข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพมาก-น้อยเท่าไร) จากสูตรระดับความเชื่อมั่นสำหรับคะแนน Z ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 คือ 1.96

$$n = \frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2}$$

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.5(1-0.5)}{0.05^2} = 384.16$$

ขนาดตัวอย่าง = 384 +10 % (สำหรับกรณีตัวอย่าง
ออกจากการศึกษา)

ขนาดตัวอย่างทั้งหมด ผู้ป่วยที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วย
วิกฤตอายุรกรรม = 422

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบฟอร์มในการประเมินประสิทธิภาพการสื่อสาร
ระหว่างทีมหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมและหอผู้ป่วย
อายุรกรรมทั่วไป

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เลขที่ IRB 024/65 และ COA No. 1143/2022 เมื่อวันที่ 19
สิงหาคม พ.ศ. 2566

กระบวนการขอความยินยอม (Informed consent
process) โดยทีมผู้ทำวิจัยจะอธิบายชี้แจงให้ข้อมูลกับ
อาสาสมัครหรือผู้แทนโดยชอบธรรม โดยการอธิบายโดยตรง
และแจกเอกสารข้อมูลเพื่อขอความยินยอมให้อาสาสมัคร
พิจารณาก่อนตัดสินใจ ทำความเข้าใจในทุกขั้นตอนของ
การวิจัย เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมหรือผู้แทนโดยชอบธรรม
ได้ตัดสินใจในการเข้าร่วม ก่อนที่จะลงลายมือชื่อเข้าร่วมด้วย
ความสมัครใจ ชี้แจงให้อาสาสมัครทราบเกี่ยวกับการรักษา
ความลับของข้อมูล สามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอด
เวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการรับการรักษา โดยมีเกณฑ์แยก
ประเภทผู้ป่วยที่จะให้ความยินยอมเองได้และที่ต้องขอความ
ยินยอมจากผู้แทนโดยชอบธรรมก่อน ดังนี้

1. ผู้ป่วยประเภทที่จะให้ความยินยอมเองได้ คือ
ผู้ป่วยที่มีสติรู้ตัวในการตัดสินใจได้เอง สามารถสื่อสารได้
2. ผู้ป่วยที่ต้องขอความยินยอมจากผู้แทนโดย
ชอบธรรมก่อน คือผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารได้ เช่น ได้รับยา
ทำให้หลับหรือผู้ป่วยที่ไม่มีความสามารถในการตัดสินใจ
ได้เอง เป็นต้น

การรักษาความลับของผู้ป่วยโดยในแบบบันทึกข้อมูล
จะไม่มีกระบวนถึงตัวผู้ป่วย การศึกษานี้สามารถที่จะนำข้อมูล
ไปใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงและพัฒนาแนวทางการส่งต่อ

ข้อมูลที่ต้องการเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง
เป็นไปในแนวทางเดียวกัน รวมทั้งลดระยะเวลาที่หอผู้ป่วย
อายุรกรรมใช้ในการทบทวนประวัติการรักษาในหอผู้ป่วย
วิกฤตอายุรกรรม ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง
ต่อเนื่องและรวดเร็ว

วิธี/การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษา ดำเนินการ
เก็บข้อมูลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมที่ย้ายออกไป
หอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 7 เดือน โดย
ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยตามวิธีการและ
ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. แพทย์หน่วยงานหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม
กรอกข้อมูลในแบบฟอร์มบันทึกการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย
ICU discharge form ในผู้ป่วยทุกรายที่ย้ายไปยังหอผู้ป่วย
อายุรกรรมทั่วไปตามเงื่อนไขหรือสภาวะของผู้ป่วย โดย
จำแนกออกได้เป็น 4 กลุ่ม คือ
- กลุ่มที่ 1 เข้าเกณฑ์จำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วย
วิกฤต
- กลุ่มที่ 2 ถูกย้ายไปเพื่อดูแลระยะสุดท้าย
- กลุ่มที่ 3 ผู้ป่วยต้องย้ายออกพร้อมการใช้เครื่องช่วย
หายใจ
- กลุ่มที่ 4 ผู้ป่วยไม่พร้อมจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วย
วิกฤต แต่ต้องย้ายออกเพราะต้องการเตียง

เกณฑ์การย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม
1, 2 และ stepdown ได้แก่ ผู้ป่วยสามารถย้ายออกจาก
หอผู้ป่วยวิกฤตได้เมื่อ

1. อาการและภาวะที่ปราศจากโรค (physiologic
status) ดีขึ้น และไม่จำเป็นต้องได้รับการดูแลในหอผู้ป่วย
วิกฤต คือ
- ระดับความดันโลหิตคงที่ สามารถลดยากระตุ้น
ความดันโลหิต (inotropic drug) ลงได้
- อัตราการเต้นของหัวใจ น้อยกว่า 130 ครั้งต่อนาที
หรือมากกว่า 40 ครั้งต่อนาที

- ระดับความรู้สึกตัวดีขึ้น หรือเท่ากับระดับความรู้สึกเดิมของผู้ป่วย
- ไม่มีภาวะหัวใจเต้นผิดปกติที่มีผลทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง (life threatening cardiac arrhythmia)
- ผู้ป่วยสามารถป้องกันทางเดินหายใจ (protect airway) ได้ และสามารถขับเสมหะได้
- ไม่จำเป็นต้องได้รับการช่วยชีวิตอย่างต่อเนื่อง (continuous life support) หรือการเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิด (monitoring)
- ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจน (Oxygen saturation) มากกว่า 92 % เมื่อได้รับการเสริมออกซิเจน (Oxygen supplement)

2. อาการผู้ป่วยไม่ดีขึ้นและแพทย์ที่ให้การดูแลรักษาพิจารณาการดูแลแบบประคับประคอง (best support care หรือ palliative care) และไม่พิจารณาให้การรักษาอื่นเพิ่มเติม (ควรปรึกษาทีมชีวิธาภิบาล คือ end of life care team ด้วยในกรณีนี้)

2. ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลทั้งหมดลงในแบบบันทึกการเก็บข้อมูล และประเมินการส่งข้อมูลและแผนการรักษาผู้ป่วยของทีมหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมจากข้อมูลในระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (EMR) ของระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (Hospital Information Systems: HIS) ซึ่งได้แก่ สรุปการจำหน่าย โดยแบ่งออกเป็นส่วนตัวต่าง ๆ ดังนี้

- บันทึกข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ
- บันทึกการวินิจฉัยโรค
- บันทึกปัญหาของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม
- บันทึกข้อมูลภาพรวมของผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมที่ต้องได้รับดูแลรักษาต่อเนื่อง
- บันทึกปัญหาที่ยังต้องให้การดูแลรักษาต่อจากหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมและแนวทางการดูแลต่อเนื่อง
- บันทึกรูปแบบ และชนิดของอุปกรณ์ในการหายใจ
- ในกรณียังต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ บันทึกข้อมูลการตั้งค่าการช่วยหายใจ

- ในกรณีต้องหย่าเครื่องช่วยหายใจ บันทึกการส่งต่อปัญหาของการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และจำนวนครั้งของการฝึกการหายใจ รวมถึงแผนการหย่าเครื่องช่วยหายใจต่อ

- ในกรณีส่งต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย บันทึกแนวทางการจัดการดูแลตามความต้องการของผู้ป่วย/ญาติที่ผ่านการรับทราบข้อมูลจากแพทย์ในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมแล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาชนิดเชิงสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาด้วยการใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ (frequency), ร้อยละ (percent), ค่าเฉลี่ย (mean), ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation : SD) คือการวิเคราะห์ข้อมูล โดยรายงานข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นสัดส่วนหรือร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณและเป็นข้อมูลปริมาณแบบต่อเนื่อง (continuous data) เป็นค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean and Standard Deviation: mean $\pm$ SD) ในกรณีที่มีการกระจายของข้อมูลเป็นแบบปกติ หรือมัธยฐาน (median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (interquartile range: IQR) กรณีที่มีการกระจายของข้อมูลไม่เป็นปกติ

ผลการวิจัย ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

- ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 390 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 44.62 เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.38 อายุเฉลี่ย 66 ± 18.6 ปี โรคหรือภาวะปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต แบ่งได้ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1. ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย

ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย (n=390)	
อายุ (ปี), mean± SD	66 ±18.60
เพศ : ชาย (n %)	216 (55.38)
Active problem during ICU admission (n %)	
1) Acute respiratory failure	236 (60.51)
2) Hemodynamic instability	154 (39.49)
3) Septic shock	100 (25.64)
4) Congestive heart failure/cardiogenic shock	28 (7.18)
5) Multiple organ failure	16 (4.10)
6) Need dialysis (renal or liver)	56 (14.36)
7) Need intensive monitoring	151 (38.72)
8) Postoperative condition	15 (3.85)
9) Bleeding required massive	13 (3.33)
10) Others	20 (5.13)

หมายเหตุ: n = number, % = percentage, SD = Standard Deviation

2. กลุ่มตัวอย่างได้รับการย้ายออกตามเงื่อนไขย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม รวบรวมจากข้อมูลกลุ่มผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 390 คน แบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามเงื่อนไขการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ข้อมูลที่ได้ 4 กลุ่มและมีกลุ่มที่แพทย์ไม่ระบุข้อมูลการจำหน่าย คิดเป็นร้อยละ 7.44 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2. เงื่อนไขการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต (Condition at ICU discharge)

เงื่อนไขการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม	จำนวน/ร้อยละ (n=390)
เข้าเกณฑ์การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต	174 (44.62)
ถูกย้ายไปเพื่อดูแลระยะสุดท้าย	27 (6.92)
ผู้ป่วยต้องย้ายออกพร้อมการใช้เครื่องช่วยหายใจ	119 (30.51)
ผู้ป่วยไม่พร้อมจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต แต่ต้องย้ายออกเพราะต้องการเตียง	44 (11.28)
แพทย์ไม่ระบุข้อมูลการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต	(7.44)

- โดยมีผู้ป่วยย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมในเวลาราชการร้อยละ 70 นอกเวลาราชการร้อยละ 30

ศึกษาประสิทธิภาพของการสื่อสารในการส่งต่อข้อมูลและแผนการรักษาของผู้ป่วยที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมไปยังหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป ในแง่ของการสื่อสารการส่งข้อมูลและแผนการรักษาที่ผิดพลาดและการละเลยข้อมูลที่สำคัญของผู้ป่วยที่ย้ายออกของทีมหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมไปยังทีมหอผู้ป่วยอายุรกรรม โดยพบว่าร้อยละ 68.46 ของบุคลากรหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม สรุปข้อมูลผู้ป่วยได้ผิดพลาดน้อยที่สุด นอกจากนี้ยังพบว่ามีส่วนหนึ่งที่ไม่มีการระบุข้อมูลทำให้ไม่สามารถประเมินข้อมูลที่ผิดพลาดได้ คิดเป็นร้อยละ 0.51 พบว่าร้อยละ 55.89 มีการส่งต่อแผนการจัดการอย่างละเอียด ร้อยละ 6.67 ยังให้ข้อมูลไม่ถูกต้อง ในขณะที่ร้อยละ 44.11 ละเลยการให้ข้อมูลสำคัญ ดังตารางที่ 3 โดยแบ่งเป็นการสื่อสารของทีมแพทย์ ดังตารางที่ 4 และการสื่อสารของทีมพยาบาล ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 3. ข้อมูลการสื่อสาร (Communication information) เกณฑ์การประเมินตามเอกสารแนบที่ 3

ระดับ	มีการสื่อสารหรือส่งข้อมูลที่ผิดพลาด (n=390) จำนวน/ ร้อยละ	ละเลยข้อมูลที่สำคัญ (n=390) จำนวน/ ร้อยละ
มากที่สุด	1 (0.26)	8 (2.05)
มาก	4 (1.03)	32 (8.21)
ปานกลาง	21 (5.38)	132 (33.85)
น้อย	95 (24.36)	119 (30.51)
น้อยที่สุด	267 (68.46)	99 (25.38)
ประเมินไม่ได้	2 (0.51)	-

ตารางที่ 4. คุณภาพการสื่อสารของแพทย์

ระดับ	สรุปข้อมูลของผู้ป่วยอย่างชัดเจน(n=390) จำนวน/ ร้อยละ	มีแผนการรักษาที่ชัดเจน จำนวน/ ร้อยละ
ยอดเยี่ยม		1 (0.26)
ดีมาก	35 (8.97)	5 (1.28)
ดี	203 (52.05)	123 (31.54)
ปานกลาง	118 (30.26)	173 (44.36)
แย่	24 (6.15)	80 (20.51)
ประเมินไม่ได้	10 (2.56)	8 (2.05)

ตารางที่ 5. คุณภาพการสื่อสารของพยาบาล

ระดับ	สรุปข้อมูลของผู้ป่วย อย่างชัดเจน(n=390) จำนวน/ ร้อยละ	มีแผนการรักษาที่ชัดเจน จำนวน/ ร้อยละ
ยอดเยี่ยม		1 (0.26)
ดีมาก	14 (3.59)	7 (1.79)
ดี	166 (42.56)	33 (8.46)
ปานกลาง	184 (47.18)	191 (48.97)
แย่	25 (6.41)	158 (40.51)
ประเมินไม่ได้	14 (3.59)	0

ผู้ป่วยรายที่ได้รับการย้ายออกเนื่องจากกรณีต้องใช้เครื่องช่วยหายใจต่อเนื่อง หรือรายที่ส่งต่อเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีการบันทึกแนวทางการจัดการดูแลตามความต้องการของผู้ป่วย/ญาติ ที่ผ่านการรับทราบข้อมูลจากแพทย์ในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมแล้ว โดยแพทย์หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมได้มีการส่งแผนการดูแลอย่างครบถ้วน (complete) ร้อยละ 30.77 ในบางรายมีการส่งข้อมูลเฉพาะเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เช่น เฉพาะเรื่องการใช้เครื่องช่วยหายใจ แต่ไม่ส่งข้อมูลการฝึกหายใจและแผนการฝึกต่อ หรือเฉพาะเรื่องการเข้าสู่ระยะสุดท้ายแต่ไม่มีการเซ็นเอกสารหรือการส่งข้อมูลดำเนินการต่อ เป็นต้น จึงจัดอยู่ในกลุ่มที่มีการส่งแต่การส่งแผนการดูแลไม่ครบถ้วน (incomplete) ร้อยละ 21.54 ไม่มีการวางแผนการดูแล (no plan) ร้อยละ 47.44 และไม่มีข้อมูล (no data) ร้อยละ 0.26 ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6. การวางแผนการรักษาที่สมบูรณ์ในการดูแลระบบทางเดินหายใจและการดูแลระยะสุดท้ายโดยแพทย์

การวางแผนการรักษาในการดูแล ระบบทางเดินหายใจและแผนการดูแลระยะสุดท้าย	(n=390) จำนวน/ ร้อยละ
ส่งแผนการดูแลอย่างครบถ้วน	120 (30.77)
ส่งแผนการดูแลไม่ครบถ้วน	84 (21.54)
ไม่มีการวางแผนการรักษา	185 (47.44)
ไม่มีข้อมูล	1 (0.26)

การติดตามข้อมูลอัตราเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หลังการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ได้แก่ อัตราการย้ายกลับเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม อัตราการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำและอัตราการเกิดหัวใจหยุดเต้นที่เกิดขึ้นภายใน 48 ชั่วโมงหลังย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม รวมถึงกลุ่มผู้ป่วยที่อาการทรุดลงเล็กน้อยแต่ยังไม่มีเตียงรองรับในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม หรือเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่อาการยังไม่รุนแรงจนต้องเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม แต่มีความจำเป็นต้องดูแลและสังเกตอาการใกล้ชิดจึงย้ายเข้าสังเกตอาการที่หน่วยงานกึ่งวิกฤตหอผู้ป่วย (Closed Monitoring Unit :CMU) จำนวน 10 ราย ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 2.56 ด้วยปัญหาเหนื่อย ต้องให้การดูแลการใช้เครื่องช่วยหายใจอย่างใกล้ชิด และสัญญาณชีพไม่คงที่ ต้องการการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต คลื่นไฟฟ้าหัวใจและการให้ยาในปริมาณที่มากขึ้น

โดยอัตราการย้ายกลับเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมมีจำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.28 เป็นผู้ป่วยมีปัญหาระบบหายใจ ปัญหาความไม่คงที่ของระบบไหลเวียน และปัญหาการติดเชื้อ และต้องไปทำการล้างไตแบบต่อเนื่อง ซึ่งทั้งหมดรวมถึงผู้ป่วย post cardiac arrest ด้วย

อัตราการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ จำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.31 เกิดจากมีปัญหาลดลงจากภาวะน้ำเกิน ภาวะเสมหะอุดตัน และหลอดลมตีบ อาการซึมจากภาวะการติดเชื้อ และผู้ป่วย post arrest

อัตราการเกิดหัวใจหยุดเต้น จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.51 เกิดจากภาวะคั่งของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ (CO₂ retention) และเสมหะอุดตัน ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7. เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Unexpected event) ภายใน 48 ชั่วโมง หลังย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายใน 48 ชั่วโมง	จำนวน/ ร้อยละ (n =390)
อัตราการย้ายกลับเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม	5 (1.28)
อัตราการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ	9 (2.31)
อัตราการเกิดหัวใจหยุดเต้น	2 (0.51)
อัตราการเข้าสังเกตอาการที่หน่วยงานเฝ้าระวังใกล้ชิด CMU	10 (2.56)

การติดตามข้อมูลการเสียชีวิต กลับบ้านและการรักษาต่อเนื่อง ภายใน 48 ชั่วโมง หลังย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ภายใน 48 ชั่วโมง และ 7 วัน ดังแสดงในตารางที่ 8

- 1. ข้อมูลภายใน 48 ชั่วโมง หลังย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม อัตราการเสียชีวิตร้อยละ 3.33 โดยทั้งหมดเกิดจากเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ย้ายออกเนื่องจากไม่ทำการรักษาต่อ (End of Life :EOL) และกลุ่มไม่ยื้อชีวิตด้วยการกวดหน้าอก อัตราการจำหน่ายกลับบ้าน ร้อยละ 3.85 และรักษาต่อเนื่องผู้ป่วยใน ร้อยละ 92.82
- 2. ข้อมูลภายใน 7 วัน อัตราการเสียชีวิตร้อยละ 8.21 สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ ร้อยละ 24.1 และยังต้องรับการรักษาต่อเนื่อง ร้อยละ 67.69

ตารางที่ 8. สรุปข้อมูลผู้ป่วย ภายใน 48 ชั่วโมง และ 7 วัน หลังย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม

ข้อมูลผู้ป่วย	ภายใน 48 ชั่วโมงหลังย้าย (n=390) จำนวน/ร้อยละ	ภายใน 7 วัน หลังย้าย จำนวน/ ร้อยละ	สรุปข้อมูลทั้งหมด (n=390) จำนวน/ ร้อยละ
เสียชีวิต	13 (3.33)	19 (4.87)	32 (8.21)
จำหน่าย	14 (3.85)	81 (20.77)	95 (24.1)
รักษาต่อเนื่อง:ผู้ป่วยใน	363 (92.82)	263 (72.45)	263 (67.69)

การอภิปรายผล

ในการดูแลส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมไปที่หอผู้ป่วยเพื่อการรักษาต่อเนื่อง มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องให้ความสำคัญกับการศึกษา ประสิทธิภาพของการสื่อสารข้อมูลผู้ป่วย และแผนการรักษา เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เพียงพอ โดยควรเน้นไปที่ปัจจัยเชิงระบบ และประสิทธิภาพของบุคลากร การวิจัยในปัจจุบันจำนวนมากเป็นการวิจัยเฉพาะสำหรับแผนกหรือสถาบัน ใช้ตัวอย่าง การออกแบบ และการวัดผลตามความสะดวก

สำหรับการวิจัยฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินว่าบุคลากรหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม สื่อสารกับบุคลากรในหอผู้ป่วยทั่วไปได้ดีเพียงใด รูปแบบการวิจัยจึงเป็นการศึกษาเชิงสังเกตเพื่อประเมินประสิทธิภาพการสื่อสารของทีมหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ในผู้ป่วยที่ย้ายจากหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมไปยังหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป ที่มีการเก็บข้อมูลเป็นระบบ และมีเกณฑ์การประเมินในรูปแบบเดียวกันด้วยคนเพียงคนเดียวเพื่อไม่ให้เกิดความลำเอียงในการให้คะแนนข้อมูลในแต่ละราย

ในแง่ของการสื่อสารการส่งข้อมูลและแผนการรักษาที่ผิดพลาด พบว่ายังมีข้อความที่คลาดเคลื่อนและผิดพลาดร้อยละ 39 โดยมีข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง ร้อยละ 5.4 และไม่ส่งต่อข้อมูล ร้อยละ 6 สอดคล้องกับวิจัยของ Scott Studeny และคณะ¹ ซึ่งผลวิจัยแสดงให้เห็นว่าเมื่อระบบการสื่อสารส่งต่อข้อมูลได้รับการปรับปรุง ความรุนแรงของการเจ็บป่วยดีขึ้นจากร้อยละ 5 เป็นร้อยละ 97 การวินิจฉัยจากร้อยละ 60 เป็นร้อยละ 100 การสรุปผู้ป่วยจากร้อยละ 71 เป็นร้อยละ 100 การวางแผนฉุกเฉินจากร้อยละ 10 เป็นร้อยละ 100 และการสังเคราะห์ข้อมูลของผู้รับต่อข้อมูลลดจากร้อยละ 0 ถึงร้อยละ 97 และจากผลการศึกษานี้จึงควรปรับปรุงแนวทางการสื่อสารเนื่องจากในข้อมูลการวิจัยพบว่ามีการส่งข้อมูลที่ผิดพลาด ไม่ครบถ้วนทำให้แพทย์และพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไปต้องใช้เวลามากในการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยที่ไม่ครบถ้วน ไม่สอดคล้อง ขาดข้อมูลที่สำคัญก่อนให้การดูแล ซึ่งมีผลให้ในบางรายไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่องอย่างรวดเร็ว และต้องทำการตรวจทั้งด้านร่างกาย ผลทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม หรือแม้แต่การประสานงานใหม่

ซึ่งตามข้อมูลการวิจัยของ กรรณิกา ธนไฟโรจน์² ที่ใช้แนวคิดทฤษฎี SMCR ของเบอร์โล โดยใช้เทคนิคเอสบาร์ตามแนวคิดของ ลีโอนาร์ด ที่มีการส่งต่อข้อมูลการรักษาพยาบาลผู้ป่วย กิจกรรมที่ผู้ป่วยได้รับและปัญหาของผู้ป่วยที่ยังมีอยู่ของบุคลากรที่เกิดขึ้นเมื่อสิ้นสุดการปฏิบัติกิจกรรมการรักษาพยาบาลในเวลาที่กำหนดไปยังทีมผู้ดูแลต่อไป ผลการวิจัยพบว่าหลังจากได้รับโปรแกรมการสื่อสารในการรับและส่งเวชระเบียนการพยาบาลด้วยเอสบาร์แล้วระยะเวลาในการรับและส่งเวชระเบียนการพยาบาลลดลงอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 อุบัติการณ์การเกิดความคลาดเคลื่อนจากการรับและส่งข้อมูลทางการพยาบาลลดลงร้อยละ 54.55 ซึ่งการวิจัยเรื่องนี้บ่งชี้ว่า ผู้บริหารทางการแพทย์ควรนำโปรแกรมการสื่อสารในการรับและส่งข้อมูลทางการพยาบาลด้วยเอสบาร์ไปใช้เป็นแนวทางในการลดระยะเวลาและอุบัติการณ์การเกิดความคลาดเคลื่อน สำหรับการวิจัยฉบับนี้ศึกษาเพื่อประเมินและเก็บข้อมูลเพื่อใช้ในการหาข้อมูลของการส่งมอบที่เกิดขึ้นว่าดีมาน้อยเพียงไร อันจะเป็นการนำไปสู่การพัฒนาในขั้นต่อไปของการวิจัยเพื่อพัฒนาการดูแลและส่งเสริมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยให้มากยิ่งขึ้น โดยมาตรการนี้ยังแสดงให้เห็นว่าทีมผู้ดูแลมีความพอใจในระบบมากขึ้น และพบว่ามีประสิทธิภาพมากขึ้นในการให้การเปลี่ยนผ่านการดูแลอย่างปลอดภัย เช่นเดียวกันกับ Craig Fryman และคณะ³ ที่กล่าวถึงผลของการบูรณาการการส่งต่อข้อมูลเข้ากับระบบ EMR ทีมแพทย์พยาบาลได้รับคำสั่งให้ใช้ในการสื่อสารเพื่อส่งต่อข้อมูลและแผนการรักษาผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รายงานน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญ ($\chi^2=4.8$, $df=1$, $p=0.04$)

ในแง่ของการละเลยข้อมูลที่สำคัญของผู้ป่วยที่ย้ายออกของทีมหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมไปยังทีมหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป พบว่าร้อยละ 32.8 มีแผนการจัดการอย่างละเอียด ในขณะที่ร้อยละ 31.5 ไม่สนใจข้อมูลสำคัญ ซึ่งเป็นผลเสียต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพราะการเปลี่ยนผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมไปยังหอผู้ป่วยทั่วไปเป็นช่วงเวลาที่มีความเสี่ยงสูงเป็นพิเศษสำหรับผู้ป่วยที่ฟื้นตัวจากการเจ็บป่วยร้ายแรง เนื่องจากความซับซ้อนทางการแพทย์และอาจมีความไม่คงที่ของอาการที่เหลืออยู่ แม้ว่า

การย้ายจากหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมจะบ่งบอกถึงอาการที่ดีขึ้น แต่กระบวนการนี้ครอบคลุมถึงการเปลี่ยนแปลงในสภาพแวดล้อมทางคลินิก กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และความสามารถในการติดตามอาการที่ลดลง การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ซับซ้อนเหล่านี้มีความเสี่ยงต่อการสื่อสารที่ผิดพลาดของทีม ซึ่งจะเพิ่มความเสี่ยงต่อข้อผิดพลาดทางการแพทย์ที่สามารถป้องกันได้ และการกลับเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมอีกครั้ง⁴⁻⁶ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีการสื่อสารที่คลาดเคลื่อน ไม่สมบูรณ์หรือไม่มีการวางแผนส่งต่อระหว่างผู้ให้บริการทางการแพทย์⁴⁻⁷ ซึ่งสอดคล้องกับที่ Santhosh L. และคณะ⁵ ได้กล่าวไว้ว่ามีการศึกษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยหลายแห่งแสดงให้เห็นอัตราข้อผิดพลาดในการสื่อสาร ทั้งที่เกิดจากการกระทำและการละเว้น ซึ่งทำให้เกิดอันตรายที่เกี่ยวข้องรวมถึงการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมโดยไม่ได้อำนาจความล่าช้าในการดูแล ข้อผิดพลาดในการใช้ยา และความทุกข์ของผู้ป่วยและครอบครัว⁸ เนื่องจากทีมหอผู้ป่วยได้รับการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่ไม่ดีพอ จึงต้องทำการหาข้อมูลใหม่ การทบทวนแผนการรักษา การซักประวัติ ทำงานที่ซ้ำซ้อน รวมถึงการติดต่อขอข้อมูลและแผนการรักษาเพิ่มเติม แม้กระทั่งการขอยืนยันความถูกต้องของข้อมูลจากหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม สิ่งเหล่านี้เป็นความไร้ประสิทธิภาพ และภาระด้านเอกสาร สูญเสียเวลาของผู้รับข้อมูลในการดูแลต่อและการนำข้อมูลไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย⁵ ซึ่งเข้าได้จากการวิจัยนี้ ที่พบว่ามีการส่งต่อข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน ไม่มีการส่งข้อมูลการฝึกหายใจ ไม่มีการเตรียมอุปกรณ์การฝึกการหายใจไว้ให้ในผู้ป่วยที่เพิ่งย้ายออกมาจากหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ซึ่งการดำเนินการต้องส่งปรึกษาแผนกเฉพาะในการนำเครื่องมือมาใช้ และต้องเริ่มใช้ภายใต้การควบคุมของแพทย์เฉพาะทาง ทำให้เกิดความล่าช้าในการให้การดูแลผู้ป่วยให้เป็นไปตามแผนการรักษา ดังนั้นจึงเข้าได้กับการวิจัยของ George Kernohan และคณะ⁹ ที่กล่าวถึงการศึกษาวิธีการประเมินความเป็นไปได้ การยอมรับ และผลกระทบที่รับรู้ของเครื่องมือถ่ายโอน เน้นความจำเป็นในการสื่อสารที่เป็นลายลักษณ์อักษรที่เป็นมาตรฐานในระหว่างกระบวนการสื่อสารเพื่อการส่งต่อข้อมูลทั้งหมด

และลดการสูญเสียข้อมูลทางคลินิกที่สำคัญ¹⁰ โดยทำการสำรวจหลังการใช้งานของผู้ให้บริการเพื่อประเมินการรับรู้ของเครื่องมือและผลกระทบต่อความถี่ของข้อผิดพลาดในการสื่อสาร และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระหว่างการย้ายผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมไปหอผู้ป่วยทั่วไป

ในหลายงานวิจัย เช่น Lori A. Herbst และคณะ¹² ศึกษาถึงผลกระทบของการย้ายหรือจำหน่ายผู้ป่วยในเวลานอกราชการ ดังนั้นในงานวิจัยนี้จึงเก็บข้อมูลช่วงเวลาการย้ายออกของผู้ป่วยไว้ด้วย แต่ไม่ได้มีการออกแบบเพื่อนำข้อมูลมาศึกษาหาผลลัพธ์เพิ่ม พบว่าร้อยละ 70 เป็นการย้ายออกในเวลา และร้อยละ 30 เป็นการย้ายออกนอกเวลาราชการ ดังนั้นจึงยังเป็นเพียงการเก็บข้อมูลไว้เท่านั้น ไม่มีการประเมินผลลัพธ์ของการย้ายในช่วงเวลาที่ต่างกัน เนื่องจากอาจต้องมีการวางแผนการศึกษาและเก็บข้อมูลที่มากขึ้นสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งอาจเป็นข้อมูลในการติดตามประเมินผลเพื่อวิจัยในอนาคตได้เท่านั้น นอกจากนี้ มีการติดตามข้อมูลอัตราเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นหลังการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ภายใน 48 ชั่วโมง ในระหว่างการเก็บข้อมูลการวิจัยระยะเวลา 7 เดือน ได้แก่ อัตราการย้ายกลับเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ร้อยละ 1.28 อัตราการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ ร้อยละ 2.31 และอัตราการเกิดหัวใจหยุดเต้น ร้อยละ 0.51 รวมถึงกลุ่มผู้ป่วยที่อาการทรุดลงเล็กน้อยแต่ยังไม่มีเตียงรองรับในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม หรือเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่อาการยังไม่รุนแรงจนต้องเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม แต่มีความจำเป็นต้องดูแลและสังเกตอาการใกล้ชิดจึงมีการย้ายผู้ป่วยเข้าสังเกตอาการที่หน่วยงานกึ่งวิกฤต หอผู้ป่วยเฝ้าระวังอาการใกล้ชิด (Closed Monitoring Unit : CMU) คิดเป็นร้อยละ 2.56 ซึ่งการเปลี่ยนแปลงระหว่างที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดข้อผิดพลาดทางการแพทย์ ซึ่งสามารถบรรเทาลงได้ด้วยการส่งต่อข้อมูลและแผนการรักษาอย่างดีและครบถ้วนแก่ทีมต่อไปเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยศูนย์ความเป็นเลิศด้านมาตรการดูแลคุณภาพและแนะนำว่าบันทึกการเปลี่ยนแปลงเครื่องมือประกอบสำคัญสองประการ ได้แก่ รายการปัญหาที่ครอบคลุม และแผนการรักษาสำหรับแต่ละปัญหา¹¹ เพราะการกลับเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต

อายุรกรรมสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับระยะเวลาการเข้าพักรักษาผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม และโรงพยาบาล เป็นไปในทางเดียวกันกับการทบทวนเอกสารของ Lori A. Herbst และคณะ¹² ที่กล่าวว่าการส่งต่อทางการแพทย์ที่ไม่สมบูรณ์หรือไม่ถูกต้อง และข้อผิดพลาดในผู้ป่วยที่มีอาการป่วยเรื้อรัง ทำให้มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเกิดการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน และการกลับเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม รวมถึงอาจมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นต่อการเสียชีวิต และการกลับเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมโดยไม่ได้วางแผนไว้สำหรับการย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมในเวลากลางคืน ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อต้นทุนทั้งการเคลื่อนย้ายในเวลากลางคืนและการไม่พร้อมในอุปกรณ์และบุคลากรผู้ดูแลได้

ประโยชน์ที่ได้รับการวิจัย

ข้อมูลเพื่อการพัฒนาและสร้างมาตรฐานในการส่งต่อข้อมูลและแผนการรักษาที่ครอบคลุมมีประสิทธิภาพ รวมถึงการสร้างโปรแกรมการอบรม เพื่อให้เกิดคุณภาพที่มากขึ้น อันจะนำไปสู่ประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยคือ

1. การพัฒนาการส่งข้อมูลและแผนการรักษาจะทำให้ผู้ป่วยที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมได้รับการดูแลต่อเนื่อง ลดเวลาการทบทวนข้อมูลซ้ำ ได้รับการประเมินอาการและให้การดูแลได้อย่างรวดเร็ว
2. การส่งข้อมูลที่มีประสิทธิภาพจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เป็นไปในแนวทางเดียวกันกับหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมอย่างต่อเนื่อง เกิดความก้าวหน้าในการรักษาพยาบาล ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
3. การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ช่วยลดระยะเวลาการศึกษาปัญหาอันหลังของผู้ป่วย ทำให้แพทย์และพยาบาลสามารถให้ดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง รวดเร็ว
4. การส่งต่อแนวทางการดูแลที่ดีในกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม มีความใส่ใจในเรื่องจิตวิญญาณ ช่วยในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยและญาติได้ตามความตั้งใจ สร้างความพึงพอใจในการดูแลรักษา

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. การใช้เอกสารการรับส่งต่อผู้ป่วยแบบเป็นกระดาษทำให้เกิดความซ้ำซ้อนในการบันทึกข้อมูลลายมือที่อ่านยาก และข้อมูลอาจไม่ครบถ้วน สูญหาย อีกทั้งยังเป็นการส่งต่อข้อมูลการรักษาต่อเนื่องที่ล่าช้า ทำให้ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยลดลง

2. การมีแบบฟอร์มและรูปแบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่เป็นมาตรฐานเป็นสิ่งดีและทำให้เกิดการส่งต่อข้อมูลที่เป็นไปในแนวทางเดียวกันและได้ข้อมูลที่สำคัญครบถ้วน เช่น สำหรับแพทย์มีการสรุปประวัติการรักษาลงใน ICU discharge from และบันทึกข้อมูลผู้ป่วยอย่างละเอียดลงในเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ แต่ต้องประกอบไปด้วยการบันทึกข้อมูลที่ถูกต้อง กระชับ และได้ใจความครบถ้วน สำหรับพยาบาลมีแบบฟอร์ม “ICU Medicine King Chulalongkorn Memorial Hospital” เป็นฟอร์มการส่งเวรของกลุ่มพยาบาลวิกฤตจัดทำขึ้น ทดลองใช้นำร่องภายในหน่วยงานหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม 1 และ 2 (MICU1, 2) ซึ่งในช่วงท้ายของการเก็บข้อมูลพบว่าหน่วยงานมีการใช้ฟอร์มดังกล่าวน้อยลง แต่ใช้การพิมพ์ข้อมูลลงในเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์แทน ซึ่งเป็นสิ่งดีในการลดปัญหาเรื่องลายมือของแต่ละคน แต่ยังพบว่าการพิมพ์ข้อมูลบางส่วนไว้นก่อนเมื่อยังไม่มีแผนการย้าย แต่ด้วยความเร่งรีบหรือภาระงาน ทำให้ไม่มีการเพิ่มข้อมูลใหม่ก่อนการย้ายออกอีกครั้ง ทำให้เกิดการส่งต่อข้อมูลและแผนการรักษาที่ไม่ใช่ข้อมูลที่ถูกต้องทั้งหมด ดังนั้นควรมีการใช้แบบฟอร์มการส่งต่อข้อมูลที่เป็นมาตรฐานเดียวกันในระบบคอมพิวเตอร์กลาง และเมื่อต้องมีการย้ายผู้ป่วยออกจึงควรมีการทบทวนเอกสารและสรุปข้อมูลให้ถูกต้อง เป็นปัจจุบันก่อนเสมอ

3. ควรสร้างมาตรฐานการส่งต่อข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยโดยจัดให้มีแบบฟอร์มเป็นไปในแนวทางเดียวกันเพื่อให้ได้รับข้อมูลที่สำคัญได้อย่างครบถ้วนรวมทั้งรณรงค์ให้ทุกคนได้ใช้แบบฟอร์มและปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัดเพื่อให้เกิดเป็นรูปแบบที่เป็นมาตรฐานเดียวกันสามารถจัดทำได้ในแพทย์และพยาบาลทุกระดับ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยสื่อสารการส่งต่อข้อมูลและแผนการรักษาในอนาคตควรใช้ทั้งการออกแบบเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เนื่องจากแต่ละวิธีจะให้ข้อมูลที่แตกต่างกัน การวิจัยควรมุ่งเน้นไปที่แต่ละแง่มุมของการส่งต่อข้อมูลเช่นเดียวกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างส่วนต่างๆ ของการส่งต่อรวมถึงการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นว่ามีผลกระทบกับผู้ป่วยหรือไม่ในแง่ลบใดบ้าง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้บริหารฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และทีมงานทุนสนับสนุนการวิจัยสภาอากาศไทย ในการสนับสนุนการดำเนินการวิจัย ขอขอบคุณหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลและเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม 3 หอผู้ป่วย และหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป 11 หอผู้ป่วยในความสะดวกเมื่อเข้าเก็บข้อมูลการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับเงินทุนจากทุนสนับสนุนการวิจัยสภาอากาศไทย ปีงบประมาณ 2565 และนำเสนอผลงานวิจัยรูปแบบโปสเตอร์ในการประชุม 27th Congress of the Asian Pacific Society of Respiratory (APSR 2023) วันที่ 16-19 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ณ ประเทศสิงคโปร์

เอกสารอ้างอิง

1. Studeny S, Burley L, Cowen K, et al. Quality improvement regarding handoff. SAGE Open Med 2017; 5:2050312117729098.
2. กรรณิกา ธนไพโรจน์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสื่อสารในการรับและส่งเวรทางการพยาบาลด้วยเอกสารที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยคริสเตียน พ.ศ. 2560. ค้นคว้าจาก: <http://library.christian.ac.th/thesis/document/T042660.pdf>

3. Fryman C, Hamo C, Raghavan S, *et al.* A Quality improvement approach to standardization and sustainability of the hand-off process. *BMJ Quality Improv Rep* 2017; 6:u222156.w8291. doi:10.1136/bmjquality. u222156.w8291.
4. Joint Commission Resources. Transitions of care: the need for a more effective approach to continuing patient care. 2022. Available from: <https://tinyurl.com/2swx9d3d>.
5. Hervé MEW, Zucatti PB, Lima MADDS. Transition of care at discharge from the intensive care unit:a scoping review. *Rev Lat Am Enfermagem* 2020; 28: e3325.
6. Li P, Stelfox HT, Ghali WA. A prospective observational study of physician handoff for intensive-care-unit-to-ward patient transfers. *Am J Med* 2011; 124:860-7.
7. Van Leeuwen D. Communication at transitions: one audacious bite at a time. *J Particip Med* 2017; 9:e17.
8. Santhosh L, Lyons PG, Rojas JC, *et al.* Characterising ICU-ward handoffs at three academic medical centres: process and perceptions. *BMJ Qual Saf* 2019; 28:627-34.
9. Fukui EM, Lyons PG, Harris E, *et al.* Improving communication in intensive care unit to ward transitions:protocol for multisite national implementation of the ICU-PAUSE handoff tool. *JMIR Res Protoc* 2023; 12:e40918.
10. Stelfox HT, Leigh JP, Dodek PM, *et al.* A multi-center prospective cohort study of patient transfers from the intensive care unit to the hospital ward. *Intensive Care Med* 2017; 43:1485-94.
11. Leyenaar JK, Desai AD, Burkhart Q, *et al.* Quality measures to assess care transitions for hospitalized children. *Pediatrics* 2016; 138:e20160906.
12. Herbst LA, Desai S, Benscoter D, *et.al.* Review article: going back to the ward—transitioning care back to the ward team. *Translational Pediatrics* 2018; 7.

Abstract: Rattanadechakul S*, Silachamroon D*, Kongpolprom N**. Patient information and treatment plan communication between medical intensive care and general ward personnel for patients discharged from the ICU. *Thai J Tuberc Chest Crit Care* 2024; 43: 63-77.

*Department of Nursing, King Chulalongkorn Memorial Hospital, Thai Red Cross Society

** Department of Medicine, King Chulalongkorn Memorial Hospital, Thai Red Cross Society

Background and Aims

Communication is essential for ensuring that the treatment plan for ICU patients upon discharge is followed through. Our aim was to assess how effective the information exchange between medical staff in the ICU and personnel on general wards has been.

Methods

We conducted a prospective observational study to evaluate the effectiveness of communication among ICU teams. Only patients who were transferred from medical ICUs to medical wards were included, with those declining or being moved elsewhere excluded. The progress of these participants was monitored for seven days after their discharge from intensive care, and we assessed whether they received treatment according to the initially agreed-upon plan by all involved parties. In cases where planned interventions did not occur, we thoroughly investigated possible reasons such as miscommunication or misunderstandings between team members responsible for patient management. Our target sample size was determined to be 384 participants.

Results

The study comprised of 390 participants. In relation to ICU discharge conditions, nearly half (44.62%) met the criteria for discharge from ICU; a minor proportion (6.92%) were moved out specifically for end-of-life care, around one-third needed mechanical ventilation support and about 11.28% were not prepared to exit but other more critical patients required their beds on account of limited capacity. Around 85% of the staff effectively communicated patient condition, leading to efficient ward-level care prioritization. However, only 61% accurately summarized relevant patient information and a small percentage (6%) failed to do so altogether. Additionally, 32.8% had developed comprehensive management plans for their patients. While 5.4% provided inaccurate details, an increased number up-to 31.5% disregarded critical information entirely.

Conclusion

Although most ICU personnel could provide information about a patient's overall state, communication issues did arise on occasion. To counteract this problem, it would be advantageous for future effective communication training.