

การพัฒนารูปแบบการจัดการทีมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง ในหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลยะลา Development of an Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS) Team Management in In-Patient Departments, Yala Hospital

เอมอน ยอดรัก^{1*}, ณัฐธิกา แซ่แต้¹, สุรีพร ศิริยะพันธ์¹ และ สุกันติมา ทวีทอง¹
Emon Yodrak^{1*}, Natthika Saetae¹, Sureporn Siriyapan¹ and Sukantima Taveetong¹
โรงพยาบาลยะลา^{1*}
Yala Hospital^{1*}

(Received: October 16, 2019; Revised: December 13, 2019; Accepted: December 18, 2019)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) สถานการณ์การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงในหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลยะลา 2) พัฒนารูปแบบการจัดการทีมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงสำหรับหอผู้ป่วยสามัญ 3) ประเมินผลลัพธ์การจัดการทีมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงสำหรับหอผู้ป่วยสามัญ ในโรงพยาบาลยะลา โดยมีการดำเนินการ 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การช่วยฟื้นคืนชีพ ตามแนวคิดห่วงโซ่การรอดชีวิตในโรงพยาบาล (In Hospital Cardiac Arrest; IHCA) เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ดำเนินการสัมภาษณ์ในกลุ่มตัวอย่าง 5 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน อายุรแพทย์ ศัลยแพทย์ แพทย์ใช้ทุน โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง กลุ่มที่ 2 พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยสามัญ กลุ่มที่ 3 พยาบาลระดับปฏิบัติการในหอผู้ป่วยสามัญ กลุ่มที่ 4 พยาบาลระดับปฏิบัติการในหอผู้ป่วยหนักและกลุ่มที่ 5 เจ้าหน้าที่ระดับสนับสนุนได้แก่ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ เสมียน คนงาน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสัมภาษณ์โดยการสุ่มแบบแทนที่ จำนวน 39 คน ขั้นที่ 2 พัฒนารูปแบบการจัดการทีมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง (ACLS) โรงพยาบาลยะลา โดยผู้วิจัยนำผลสรุปจากการสัมภาษณ์ในขั้นตอนที่ 1 มาสังเคราะห์แนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการทีมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงสำหรับหอผู้ป่วยสามัญ ได้แนวปฏิบัติทั้งหมด 5 เรื่องย่อย ซึ่งผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 5 ท่าน และดำเนินการยกร่างนโยบายกำหนดรูปแบบการจัดการทีมช่วยฟื้นคืนชีพ โรงพยาบาลยะลา ขั้นที่ 3 ประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการจัดการทีมการช่วยฟื้นคืนชีพ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะวิกฤติตามแนวทางการประเมินอาการเพื่อค้นหาสาเหตุของภาวะหัวใจหยุดเต้น (6H's 6T's) และหรือผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะหัวใจหยุดเต้นแล้ว จำนวน 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามเชิงกระบวนการ ได้ค่าความตรง .85 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.68 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา พบว่า

1. สถานการณ์การจัดการทีมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงในหอผู้ป่วยสามัญโรงพยาบาลยะลาพบว่า เจ้าหน้าที่ไม่สามารถคาดการณ์ความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น การเข้าทีมช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง พยาบาลไม่เข้าใจบทบาทหน้าที่ในแต่ละตำแหน่งของการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง ไม่สามารถให้ข้อมูลแก่ญาติในช่วงภาวะหัวใจหยุดเต้น ญาติมีความต้องการทำกิจกรรมทางศาสนาทั้งศาสนาพุทธและอิสลามในระยะวิกฤติหรือระยะสุดท้าย การบันทึกข้อมูลขณะช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงไม่ครบถ้วน ไม่ครอบคลุม พบปัญหาเครื่องมือไม่มีความพร้อมใช้

2. รูปแบบการจัดการทีมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงสำหรับหอผู้ป่วยสามัญโรงพยาบาลยะลาถูกออกแบบจากห่วงโซ่การรอดชีวิตในโรงพยาบาลสอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรมในพื้นที่ชายแดนใต้ ให้อยู่ในรูปแบบของแนวปฏิบัติการพยาบาลการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงในหอผู้ป่วยสามัญโรงพยาบาลยะลามี 5 เรื่องย่อย

3. หลังจากสื่อสารโดยอบรมเจ้าหน้าที่ทุกระดับ/ประชุมหัวหน้าหน่วยงานเพื่อนำนโยบายสู่การปฏิบัติ ผลลัพธ์พบว่าผู้ร่วมวิจัยสามารถคัดกรองผู้ป่วยวิกฤติได้ถูกต้องครบถ้วนร้อยละ 91.70 และให้การดูแลเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยระยะวิกฤติได้ร้อยละ 72.90 สามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการทีมช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงได้ร้อยละ 98.3 สามารถปฏิบัติตามการดูแลให้ข้อมูลและคำยินยอมในผู้ป่วยวิกฤติได้ร้อยละ 87.50 สามารถปฏิบัติตามหลักศาสนาในผู้ป่วยวิกฤติได้ ร้อยละ 82.30 และไม่พบอัตราการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นโดยไม่ได้วางแผนในหอผู้ป่วยสามัญ

คำสำคัญ: การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง, ห่วงโซ่การรอดชีวิตในโรงพยาบาล, การจัดการทีมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: nokyodrak@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 092-8926628)

Abstract

This action research aimed to: 1) study situations where an Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS) team management could apply to inpatient wards at Yala Hospital, 2) develop an effective model for such ACLS team management, and 3) evaluate the outcomes of the ACLS team management in general wards. Research was divided in 3 phases. Phase 1 consisted in a situation analysis based on the concept of survival chain. Sample was composed of 5 groups: 1) emergency physicians, internal medicine physicians, surgeons, intern physicians, 2) head nurses, 3) practical nurses, 4) nurses in intensive care units, and 5) support staff (helpers/clerks/workers). The instrument used was a structured interview form with validity of .81- .96. Phase 2 consisted in the development of the model by creating a practice guideline for ACLS. The model was then validated by a panel of 5 experts. Phase 3 consisted in the evaluation of the model. The sample consisted of 30 critically ill patients with 6H6T and cardiac arrest. The research instrument was a process questionnaire. Its validity was between .85- 1, and Cronbach's alpha coefficient was .68. Data were analyzed using descriptive statistics.

1. All nurses (100%) in the general ward at Yala Hospital screened critically ill patients according to 6H6T correctly. Most of patients (17 cases) found were hypoglycemia. And the nurses were able to provide the best care of them. In terms of ACLS team management, all steps were taken by the team, except chest compressions in the correct position, where some of them failed (28.7%). Providing informed consent, and religious concern for the patients were completely done (100%). And 42.8% of the critically ill patients were referred to a palliative care unit.

2. The management model for the advanced resuscitation team in inpatient wards at Yala Hospital was designed from chain of survival, and consistent with the multicultural context in the southern border areas. Nursing practice guideline for advanced resuscitation had five issues in the general ward of Yala Hospital.

3. After training staff at all levels, the results showed that 91.7% of the subjects screened critically ill patients correctly, 72.9% were able to provide surveillance for patients with critical illness management practices, 98.3% were able to practice following the guideline, 87.5% provided care and information and consent for critically ill patients, and 82.3% were able to perform religious services care. And the incidence of cardiac arrest was not found in inpatient wards without plan.

Keywords: Survival Chain, Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS), Team Management, Inpatient Ward

บทนำ

ผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลมีโอกาสสูงที่จะเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น (Cardiac Arrest) ซึ่งเป็นภาวะที่หัวใจทำงานผิดปกติจนกระทั่งไม่มีการบีบตัว ทำให้ไม่มีการไหลเวียนเลือดส่งไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ โดยเฉพาะที่สมอง ส่งผลให้ผู้ป่วยหมดสติ ไม่หายใจ คลำชีพจรไม่ได้ ผู้ป่วยที่ประสบภาวะนี้จำเป็นต้องได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพทันที (Kritsanarungsun, Suntatianan, & Saelee, 2018; American Heart Association, 2017) อย่างเร่งด่วน และมีประสิทธิภาพ จึงจะทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิตได้ ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตให้ปลอดภัยนั้น ไม่ได้อาศัยเพียงระบบการรักษาที่ดีในโรงพยาบาล และเทคโนโลยีที่ล้ำหน้าเท่านั้น แต่การช่วยเหลือที่ถูกต้องเหมาะสม ตั้งแต่ตอนที่เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น โดยเชื่อมโยงกับการดูแลที่เป็นระบบและมีความต่อเนื่อง อย่างมีประสิทธิภาพและไร้รอยต่อ ดังห่วงโซ่การรอดชีวิต (Chain of Survival) นั้นจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยมากขึ้น

(Kritsanarungsun, Suntatianan, & Saelee, 2018) แต่การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงนั้น ไม่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตัวบุคลากรเพียงคนเดียว ดังนั้น ในการเริ่มช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงจำเป็นต้องมีทีมงานที่มีระบบ มีการประสานที่ดีระหว่างสหวิชาชีพ ซึ่งจำเป็นต้องมีการบริหารทีมปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ โดยการกำหนดบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติการเริ่มช่วยฟื้นคืนชีพให้แน่นอน ซึ่งแม้จะมีการพยายามกำหนดบทบาทและหน้าที่ในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงในโรงพยาบาลอยู่แล้ว แต่ด้วยภาระงานที่เพิ่มขึ้นตามปริมาณผู้ป่วย รวมถึงสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยที่แออัด ระบบเครื่องมือและยาในการช่วยฟื้นคืนชีพยังไม่ครอบคลุมทุกหอผู้ป่วย และทักษะของบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถแตกต่างกัน ทำให้การกำหนดบทบาทและหน้าที่ในลักษณะงานทั่วไปไม่สามารถดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ปัจจุบันคู่มือการช่วยชีวิตขั้นสูงสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ปี ค.ศ. 2015 ระบุว่าเมื่อเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นในโรงพยาบาล (In Hospital Cardiac Arrest) ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากระบบการบริการของทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักบำบัดระบบหายใจ โดยมีระบบการเฝ้าระวังและป้องกันที่ตอบสนองต่ออาการเตือนอย่างรวดเร็ว (Seangnherm, Uppanisakorn, & Chinnawong, 2010) จากห่วงโซ่การรอดชีวิต (Kritsanarungsun, Suntatianan, & Saelee, 2018) ดังกล่าว ประกอบไปด้วย 5 ห่วงโซ่ คือ ห่วงโซ่ที่ 1 การเฝ้าระวัง การป้องกันและการรักษาภาวะวิกฤตก่อนหัวใจหยุดเต้น สามารถทำนายได้และป้องกันได้ โดยการสังเกตติดตามอาการอย่างใกล้ชิด ห่วงโซ่ที่ 2 การรับรู้และขอความช่วยเหลือจากระบบฉุกเฉิน มีการวินิจฉัยอย่างรวดเร็วและได้รับการช่วยเหลือจากทีมที่ตอบสนองอย่างรวดเร็วภายในโรงพยาบาล ห่วงโซ่ที่ 3 การช่วยชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพทันที การประสานงานของสหวิชาชีพที่มาช่วยเหลืออย่างมีระบบและราบรื่น รวมถึงการใช้ทรัพยากรต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ ห่วงโซ่ที่ 4 การช็อกไฟฟ้าหัวใจ (Defibrillation) อย่างรวดเร็วเน้นการรักษาภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ อย่างรวดเร็วและทำร่วมกับการกดหน้าอกอย่างมีประสิทธิภาพ ห่วงโซ่ที่ 5 การช่วยชีวิตขั้นสูงและการดูแลหลังหัวใจหยุดเต้น ที่มุ่งเน้นระบบการดูแลอย่างต่อเนื่องและการทำงานเป็นทีมจากสหสาขาวิชาชีพ ทำให้ผู้ป่วยกลับมามีชีวิตที่ยืนยาวอย่างมีคุณภาพ

โรงพยาบาลยะลาเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ขนาด 500 เตียง มีผู้ป่วยมารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกเฉลี่ยวันละ 2,070 ราย แผนกผู้ป่วยในสามัญเฉลี่ยวันละ 457 ราย แผนกผู้ป่วยในวิกฤตเฉลี่ยวันละ 47.6 ราย จากสถิติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง ในกลุ่มงานการพยาบาลปี 2561 พบว่ามีผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นในปี 2559 ถึง 2562 (6 เดือน) มีจำนวน 217, 192, 232, 90 รายตามลำดับ การพัฒนาทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพของพยาบาลในโรงพยาบาลยะลา ในปี 2561 พบว่ามีพยาบาลผ่านการฝึกทักษะการฟื้นคืนชีพเพียงร้อยละ 89.3 โดยพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤติ (หอผู้ป่วยหนัก วิสัญญี ห้องฉุกเฉิน) ผ่านการฟื้นฟูทักษะการฟื้นคืนชีพขั้นสูงร้อยละ 98.6 พยาบาลประจำหอผู้ป่วยสามัญผ่านการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (BLS) เพียงร้อยละ 76.2 ซึ่งสอดคล้องกับตัวชี้วัดของกองการพยาบาลที่กำหนดให้ร้อยละของบุคลากรทางการพยาบาล แต่ละระดับได้รับการฟื้นฟูทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (BLS) อย่างน้อย 1 ครั้งต่อคนต่อปี (Chanthai, Kittirukthakun, & Haruthai, 2008) ซึ่งโรงพยาบาลยะลา มีผู้ป่วยวิกฤตจำนวนมาก อีกทั้งหอผู้ป่วยหนักไม่สามารถรองรับผู้ป่วยวิกฤตได้ทั้งหมด ทำให้ผู้ป่วยวิกฤตต้องนอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยสามัญ พยาบาลในหอผู้ป่วยสามัญจำเป็นต้องมีทักษะในการประเมิน ดูแลผู้ป่วยวิกฤต และการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง ซึ่งจะมีผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

จากการทบทวนอุบัติการณ์ผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันโดยไม่ได้อาสาแผนในหอผู้ป่วยสามัญโรงพยาบาลยะลาจำนวน 3 เหตุการณ์ในปี 2562 (เดือนตุลาคม 2561- สิงหาคม 2562) พบว่าเมื่อมีผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นในหอผู้ป่วยสามัญขนาดเล็ก (Minor Ward) จำนวน 2 หอผู้ป่วย พยาบาลได้เรียกขอความช่วยเหลือจากทีมที่ตอบสนองอย่างรวดเร็ว (Rapid Respond Team: RRT) ซึ่งเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยขนาดเล็ก ไม่ได้แสดงบทบาทในการร่วมทีมช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงดังกล่าว และพบอุบัติการณ์ในหอผู้ป่วยสามัญขนาดใหญ่ (Major Ward) จำนวน 1 หอผู้ป่วย พยาบาลเรียกขอความช่วยเหลือจากทีม RRT เนื่องจากไม่มั่นใจในทักษะการเข้าทีมช่วยฟื้นคืนชีพของตนเอง ส่วนเจ้าหน้าที่ระดับสนับสนุน (ผู้ช่วยเหลือคนไข้/เสมียน/คนงาน) ไม่ได้มีบทบาทในการช่วยกดหน้าอก ทำให้กระบวนการช่วยฟื้นคืนชีพ ไม่เกิดการหมุนเวียนเปลี่ยนหน้าที่ในการกดหน้าอก ส่วนในเรื่องการบริหารยาและเครื่องมือ พบว่าเครื่องมือไม่เพียงพอและไม่พร้อมใช้ หอผู้ป่วยบางที่ต้อยืมจากหอผู้ป่วยอื่น ๆ ในขณะที่เกิดภาวะ

ฉุกเฉิน ทำให้กระบวนการช่วยฟื้นคืนชีพเกิดความล่าช้า ดังนั้น ผู้วิจัยจึงดำเนินการพัฒนารูปแบบการจัดการทีมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลยะลา

วัตถุประสงค์วิจัย

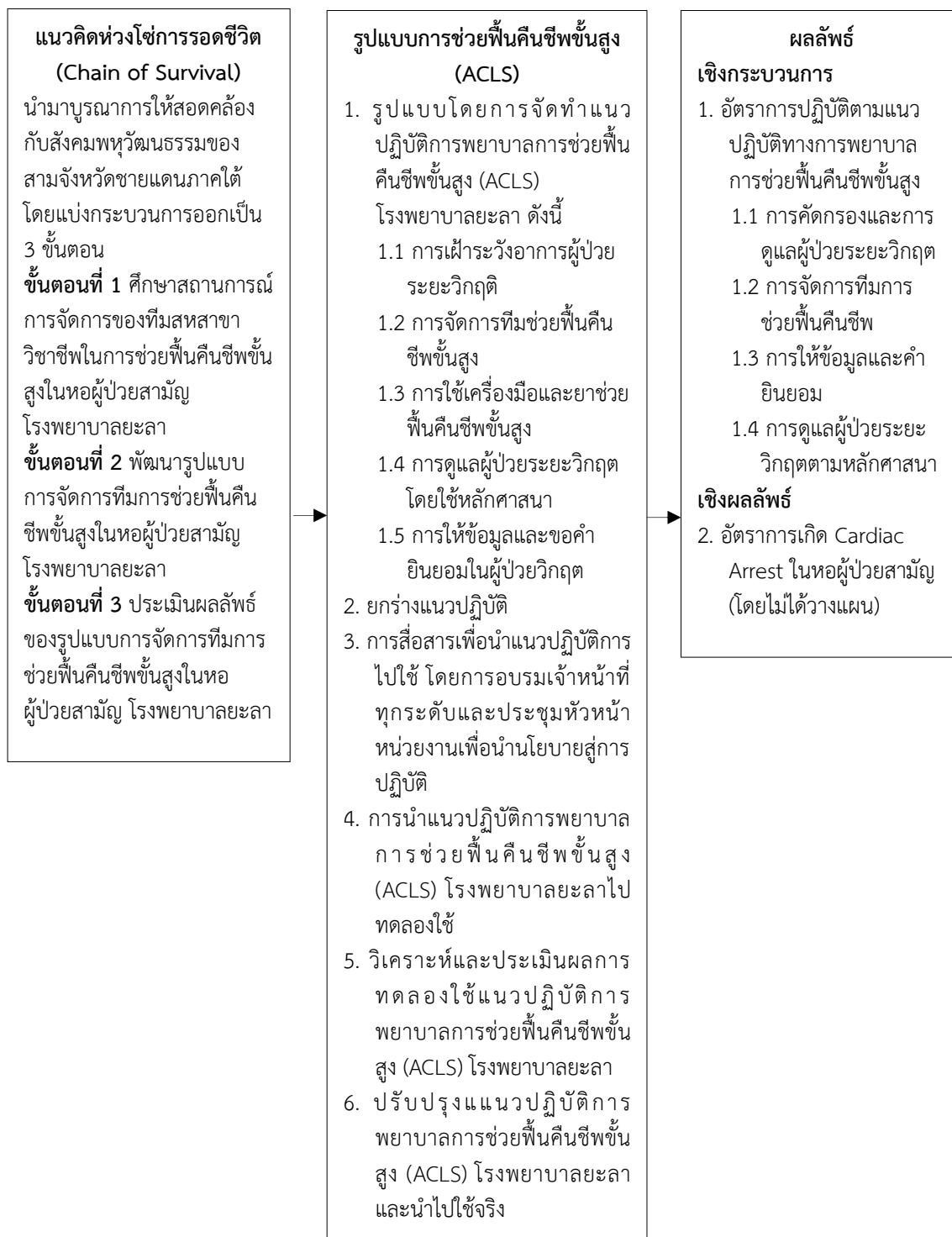
1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดการทีมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงในหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลยะลา
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการทีมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงในหอผู้ป่วยสามัญโรงพยาบาลยะลา
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการจัดการทีมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงในหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาล

ยะลา

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดห่วงโซ่การรอดชีวิต (Chain of Survival) ของสมาคมโรคหัวใจอเมริกา (American Heart Association, 2017) ทั้ง 5 ห่วงโซ่ นำมาบูรณาการให้สอดคล้องกับสังคมพหุวัฒนธรรมของสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ และแบ่งกระบวนการออกเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นที่ 1 ขั้นศึกษาสถานการณ์ ขั้นที่ 2 ขั้นพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง ขั้นที่ 3 ขั้นประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการจัดการทีมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงในหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลยะลา

รูปแบบการจัดการทีมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง จึงเป็นการออกแบบโดยใช้การจัดการที่เป็นเลิศทางการแพทย์ (Nursing Best Practice) มาสังเคราะห์เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง (ACLS) โรงพยาบาลยะลา เพื่อนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 5 เรื่องย่อยคือ 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยระยะวิกฤต 2) แนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการทีมช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง 3) แนวปฏิบัติการพยาบาลเครื่องมือและยาช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง 4) แนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยวิกฤตโดยใช้หลักศาสนา 5) แนวปฏิบัติการพยาบาลการให้ข้อมูลและคำยินยอมในผู้ป่วยวิกฤต และมีการนำแนวปฏิบัติไปใช้ โดยการสื่อสารผ่านการอบรมเจ้าหน้าที่ทุกระดับ การจัดประชุมหัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อนำนโยบายสู่การปฏิบัติ ซึ่งแนวปฏิบัติการพยาบาลการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง (ACLS) โรงพยาบาลยะลาได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ดำเนินการปรับปรุงเนื้อหาแนวปฏิบัติการพยาบาลการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง (ACLS) โรงพยาบาลยะลาตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้งนี้รูปแบบการจัดการทีมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง จะส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการประเมินผลลัพธ์เชิงกระบวนการและเชิงผลลัพธ์ โดยสรุปได้ดังนี้ ผลลัพธ์เชิงกระบวนการ ประกอบด้วย อัตราการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการแพทย์พยาบาลการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง การคัดกรองและการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤต การจัดการทีมการช่วยฟื้นคืนชีพ การให้ข้อมูลและคำยินยอม การดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤตตามหลักศาสนา ส่วนผลเชิงผลลัพธ์ ประกอบด้วย อัตราการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น ในหอผู้ป่วยสามัญ (โดยไม่ได้วางแผน) ความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยวิกฤตเรื่องการให้ข้อมูลและขอคำยินยอมในผู้ป่วยวิกฤต ดังแสดงในภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการวิจัย เดือน มีนาคม ถึงเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2562 รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 8 เดือน ดำเนินการวิจัยเป็น 3 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์รูปแบบการจัดการทีมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง ในหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลยะลา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ให้ข้อมูลหลักเพื่อการสัมภาษณ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาปัญหาการจัดการทีมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงในโรงพยาบาลยะลา คัดเลือกประชากรโดยการคัดเลือกตัวแทนจากสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการจัดการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง ประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ 1) คือกลุ่มแพทย์ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน อายุรแพทย์ ศัลยแพทย์ และแพทย์ใช้ทุน 2) คือกลุ่มพยาบาล ได้แก่ พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการหอผู้ป่วยสามัญ หอผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยฉุกเฉิน 3) คือกลุ่มพนักงานสนับสนุน ได้แก่ ผู้ช่วยพยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนใช้ คนงานและเวรเปล

กลุ่มตัวอย่าง คือ ตัวแทนจากวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการจัดการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง ประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มแพทย์ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน อายุรแพทย์ ศัลยแพทย์และแพทย์ใช้ทุน โดยใช้วิธีการสุ่มเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) 2) กลุ่มพยาบาล ได้แก่ พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ จาก 13 หอผู้ป่วย ได้แก่ หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง อายุรกรรมชาย ศัลยกรรมกระดูก ศัลยกรรมหญิงและเด็ก ศัลยกรรมชาย ศัลยกรรมประสาท นรีเวช สูติกรรมหลังคลอด ราชพฤกษ์ หอผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม หอผู้ป่วยหนักอุบัติเหตุ และหอผู้ป่วยหนักหัวใจและหลอดเลือด 3) กลุ่มเจ้าหน้าที่สนับสนุน ได้แก่ ผู้ช่วยพยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนใช้ คนงาน และเวรเปล โดยใช้วิธีการสุ่มแทนที่แบบกลุ่ม (Cluster Sampling) จากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการการจับฉลาก รวมทั้งสิ้น 39 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึกแบบมีโครงสร้าง ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ดัดแปลงและสร้างขึ้นมาจากคู่มือการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ตามแนวคิดห่วงโซการรอดชีวิต เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงโรงพยาบาลยะลา ประกอบด้วย 8 ข้อคำถามหลักเป็นคำถามที่เกี่ยวกับ 1) การเฝ้าระวังและป้องกันไม่ให้เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น 2) การรับรู้และขอความช่วยเหลือจากระบบฉุกเฉิน 3) การช่วยชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพทันที 4) การช็อกไฟฟ้าอย่างรวดเร็ว 5) การช่วยชีวิตขั้นสูงและการดูแลหัวใจกลับมาเต้น 6) อุปสรรค/ปัญหาการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง ของโรงพยาบาลยะลา 7) ประสิทธิภาพการช่วยฟื้นคืนชีพ 8) ข้อเสนอแนะอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการจัดการทีมช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่ อาจารย์วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรผู้เชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธีวิจัย และพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้ใหญ่ได้ค่า IOC .81- .96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยจัดสัมภาษณ์แบบประชุมกลุ่ม (Focus Groups) จำนวน 5 กลุ่ม ใช้เวลากลุ่มละ 1.30 ชั่วโมงเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนารูปแบบการจัดการทีมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงในหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลยะลา แล้วจึงดำเนินการศึกษาวิจัยตามรูปแบบ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยก่อนทำกลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามขั้นตอนของ Crabtree, & Miller (1992) ได้แก่การจัดการแฟ้ม การลงรหัสข้อมูล การจัดประเภทของข้อมูล การสร้างหมวดหมู่ การเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ การตรวจสอบความถูกต้อง

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง โรงพยาบาลยะลา มีขั้นตอนการพัฒนาดังนี้

1. ผู้วิจัยศึกษา และทบทวนแนวคิดห่วงโซการรอดชีวิตในโรงพยาบาล และทบทวนขั้นตอนการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงในโรงพยาบาล

2. นำผลลัพธ์จากการสัมภาษณ์ในขั้นตอนที่ 1 มาสรุป วิเคราะห์ สังเคราะห์ เพื่อยกร่างเป็นรูปแบบการจัดการทีมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงให้สอดคล้องกับสังคมพหุวัฒนธรรมของสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ เขียนเป็นรูปแบบของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงสำหรับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลยะลา

ประกอบด้วยแนวปฏิบัติการพยาบาล 5 เรื่องย่อย ประกอบด้วย 1) การเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยระยะวิกฤติ 2) การจัดการทีมช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง 3) การใช้เครื่องมือและยาช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง 4) การดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤติโดยใช้หลักศาสนา และ 5) การให้ข้อมูลและขอคำยินยอมในผู้ป่วยวิกฤติ

3. นำรูปแบบการจัดการทีมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง รับการตรวจสอบความตรงและความเป็นไปได้ในการนำสู่การปฏิบัติโดยผู้ทรงคุณวุฒิเรื่องละ 5 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉิน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการสอนทางการพยาบาลผู้ใหญ่ พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม พยาบาลปฏิบัติการประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรม พยาบาลวิสัญญี แพทย์ผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านหลักศาสนาอิสลาม และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง

4. ปรับแก้รูปแบบการจัดการทีมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงตามข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิดังกล่าว

5. ดำเนินการนำรูปแบบการจัดการทีมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงไปใช้ โดยเริ่มเมื่อแพร่ในการจัดอบรมโครงการฟื้นฟูทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพสำหรับทีมสหวิชาชีพทุกระดับในหอผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วยการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (BLS) 2 รุ่น ๆ ละ 1 วัน ให้แก่ เจ้าหน้าที่ระดับสนับสนุน (ผู้ช่วยเหลือคนไข้/เสมียน/คนงาน) จำนวน 121 คน และจัดอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง (ACLS) 3 รุ่น ๆ ละ 3 วัน ให้แก่ แพทย์ 27 คน พยาบาล 359 คน รวม 386 คน

6. ชี้แจงนโยบายการนำรูปแบบการจัดการทีมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงไปใช้ในหน่วยงานนำร่อง 10 หอผู้ป่วยสามัญ โดยการประชุมชี้แจงแก่หัวหน้า รองหัวหน้า และพยาบาลปฏิบัติการทั้ง 10 หอผู้ป่วย

7. ติดตามลงพื้นที่หน้างาน เพื่อเป็นที่ปรึกษาแก่ผู้ปฏิบัติงานและทีมสหวิชาชีพ ประกาศใช้วัฒนธรรมทางการพยาบาลที่เป็นเลิศ ได้แก่แบบบันทึกการเฝ้าระวังผู้ป่วยวิกฤติ และปฏิทินการคัดกรองอาการสำคัญตาม 6H's 6T's กำหนดให้มีการรับ-ส่งเวรเพื่อการดูแลต่อเนื่อง กำหนดให้รายงานข้อมูลผู้ป่วยวิกฤติต่อหัวหน้าหอผู้ป่วยในทุกเวรเข้าเพื่อรายงานเข้าสู่ระบบ

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการจัดการทีมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงในหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลยะลา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามัญโรงพยาบาลยะลา

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานนำร่อง 10 หอผู้ป่วย ได้แก่ หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงและเด็ก หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท หอผู้ป่วยนรีเวช หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด หอผู้ป่วยราชพฤกษ์ และหอผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ที่ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เพื่อใช้รูปแบบการจัดการการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงสำหรับหอผู้ป่วยสามัญ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบประเมินการคัดกรองผู้ป่วยระยะวิกฤติตามสาเหตุของภาวะหัวใจหยุดเต้น (6H's 6T's) 2) แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ 3) แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการให้ข้อมูล/คำยินยอมและแบบประเมินการปฏิบัติตามการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤติโดยใช้หลักศาสนา ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลยะลา ประกอบด้วย 4 ระยะของการดูแลระยะวิกฤติ ได้แก่ ระยะวิกฤติ ระยะช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง ระยะหลังการช่วยฟื้นคืนชีพ และระยะเสียชีวิต 4) แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลการจัดการทีมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง 5) แบบประเมินตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยระยะหลังการช่วยฟื้นคืนชีพ และ 6) แบบประเมินความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยวิกฤติเรื่องการให้ข้อมูลและขอคำยินยอมในผู้ป่วยวิกฤติ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบประเมินผลลัพธ์เชิงกระบวนการ เป็นเครื่องมือใช้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ สร้างขึ้นมาจากเนื้อหาของแนวปฏิบัติการพยาบาลการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงในหอผู้ป่วยสามัญโรงพยาบาลยะลา ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉิน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และสติวิชัย พยาบาลผู้เชี่ยวชาญสาขาการพยาบาลหัวใจและหลอดเลือด ได้คำนวณความสอดคล้อง (Index of Objective-Item Congruence; IOC) .85 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .68

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนเก็บข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำเรื่องขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลยะลา และทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลยะลา และพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย
2. ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิให้กับกลุ่มตัวอย่างเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัย

ขั้นเก็บข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำรูปแบบการจัดการทีมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงไปใช้ในหอผู้ป่วยนำร่อง 10 หอผู้ป่วย และดำเนินการเก็บข้อมูลหลังจากประกาศใช้ 1 เดือน
2. เก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่ให้การดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤต หรือผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ค่าสถิติเชิงพรรณนา นำมาแจกแจงความถี่ คำนวณค่าร้อยละ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมวิจัย

ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลยะลา ในการประชุมคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2562 ตามรหัสโครงการเลขที่ 1/2563

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์การจัดการทีมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงในหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลยะลา

1.1 เจ้าหน้าที่ไม่สามารถคัดกรองและหรือคาดการณ์ความเสี่ยงที่ผู้ป่วยจะเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นได้ดังคำพูดต่อไปนี้

“เมื่อเข้าทีมช่วยฟื้นคืนชีพ พยาบาลควรที่จะมีความรู้เรื่อง 6H’s 6T’s ด้วย เพื่อเป็นการดูแลผู้ป่วยวิกฤติที่ต่อเนื่อง สรุปลให้แพทย์รับทราบเกี่ยวกับภาวะวิกฤติของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยเกิด Arrest แต่ปัจจุบันไม่มีรูปแบบการประเมิน 6H’s 6T’S ที่ชัดเจน และไม่เป็นฟอร์มเดียวกัน ห้องฉุกเฉินก็ประเมินอีกแบบฟอร์ม หอผู้ป่วยในก็ประเมินอีกแบบฟอร์ม ไม่ชัดเจน” (แพทย์ 02)

1.2 การเข้าทีมช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง พบว่าพยาบาลไม่เข้าใจบทบาทหน้าที่ในแต่ละตำแหน่งของการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง เนื่องจากพยาบาลในหอผู้ป่วยสามัญ ส่วนใหญ่ผ่านเพียงทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (BLS) ทำได้เพียงรอคอยให้ทีมตอบสนองอย่างรวดเร็ว (Rapid Response Team; RRT) มาช่วยเท่านั้น ส่งผลให้เกิดความล่าช้า ดังคำพูดต่อไปนี้

“ปกติเมื่อพบผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้น ทีมจะรู้กันว่า ต้องทำอะไรบ้าง แต่ไม่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนเช่น พยาบาลเจ้าของไข้ ต้องทำอะไร พยาบาลหัวหน้าเวรต้องทำอะไร ทำให้เกิดความล่าช้าในการปฏิบัติงานและปฏิบัติงานซ้ำซ้อนกัน” (พยาบาล 07)

1.3 เรื่องการให้ข้อมูลแก่ญาติให้ในช่วงที่เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น พบว่าญาติไม่มีความพร้อมรับฟังข้อมูล เนื่องจากไม่มีการเตรียมการให้ข้อมูลและเตรียมการวางแผนตั้งแต่เริ่มต้นภาวะวิกฤติ อีกทั้งการเซ็นยินยอมการรักษาหรือการเซ็นปฏิเสธการรักษามีแบบฟอร์มที่ไม่เป็นแนวทางเดียวกันในทุกหอผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ให้การอธิบายโดยใช้คำพูดเพียงอย่างเดียว ญาติจึงไม่เข้าใจคำว่า กตหน้าอก การช็อกไฟฟ้าหัวใจ ดังคำพูดต่อไปนี้

“แบบฟอร์มในการเซ็นยินยอมในการรักษา หรือการปฏิเสธการรักษา แต่ละหอผู้ป่วยมีแบบฟอร์มที่ต่างกัน เช่น บางหอผู้ป่วยเซ็นปฏิเสธการรักษาที่ส่วนของ Progress Note บางหอผู้ป่วยมีแบบฟอร์มในการเซ็นปฏิเสธการรักษา และมีช่องให้ลงว่าต้องการการรักษาอะไรบ้าง ซึ่งควรปรับให้เป็นรูปแบบเดียวกันทั้งโรงพยาบาล” (หัวหน้าหอผู้ป่วย 13)

“มีบางกรณีที่มีกำลังทำการฟื้นคืนชีพผู้ป่วย ญาติเข้ามาถึงเจ้าหน้าที่ออก และไม่ยอมให้ทำการกตหน้าอก” (พยาบาล 14)

1.4 ญาติมีความต้องการทำกิจกรรมทางศาสนา แต่ทางหอผู้ป่วยไม่มีรูปแบบสนับสนุนการทำกิจกรรมทางศาสนาที่ชัดเจนและไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ดังคำพูดต่อไปนี้

“เมื่อ CPR 25 นาที อีก 5 นาทีจะหยุด CPR ญาติต้องการมา ”มุจิบ” ข้างหุผู้ป่วย ยังไม่แน่ใจว่า จะขอ 1 คนได้หรือไม่ หากให้ญาติมา ”มุจิบ” ข้างหุควรกำหนดตำแหน่งที่ใด ซึ่งสิ่งเหล่านี้ ควรกำหนดเป็นแนวทางที่ชัดเจน” (แพทย์ 16)

1.5 การดูแลหลังหัวใจหยุดเต้นพบว่า ภายหลังการช่วยฟื้นคืนชีพ ผู้ป่วยไม่สามารถย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนักได้ทุกราย เนื่องจากไม่มีเตียงเพียงพอสำหรับรองรับผู้ป่วยหนัก พยาบาลในหอผู้ป่วยสามัญจำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยวิกฤติต่อไป ส่งผลเสียต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ดังคำพูดต่อไปนี้

“หอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม ภายหลังการช่วยฟื้นคืนชีพ ไม่ได้เข้าย้ายหอผู้ป่วยหนักทุกราย อาจจะต้องต่อเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วย ทำให้พยาบาลมีภาระงานเพิ่มขึ้นในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ” (พยาบาล 19)

1.6 การบันทึกข้อมูลขณะช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง พบว่าแบบฟอร์มในการบันทึกขณะช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงมีความหลากหลาย และไม่มีความต่อเนื่องของแบบฟอร์มตั้งแต่ห้องฉุกเฉิน หอผู้ป่วยใน และไปสู่อุหอผู้ป่วยหนัก ดังคำพูดต่อไปนี้

“ปัญหาเรื่องการใช้แบบบันทึกในการเฝ้าระวังผู้ป่วยวิกฤติ และแบบบันทึกขณะช่วยฟื้นคืนชีพ ของแต่ละหอผู้ป่วยใช้แบบบันทึกที่หลากหลายมาก แพทย์จะไม่เข้าใจแบบฟอร์มของพยาบาล และไม่ได้้นำสู่การเชื่อมโยงแบบฟอร์มการดูแล ขาดช่วงการดูแลอย่างต่อเนื่อง และการสื่อสารของข้อมูลผู้ป่วย” (พยาบาล 22)

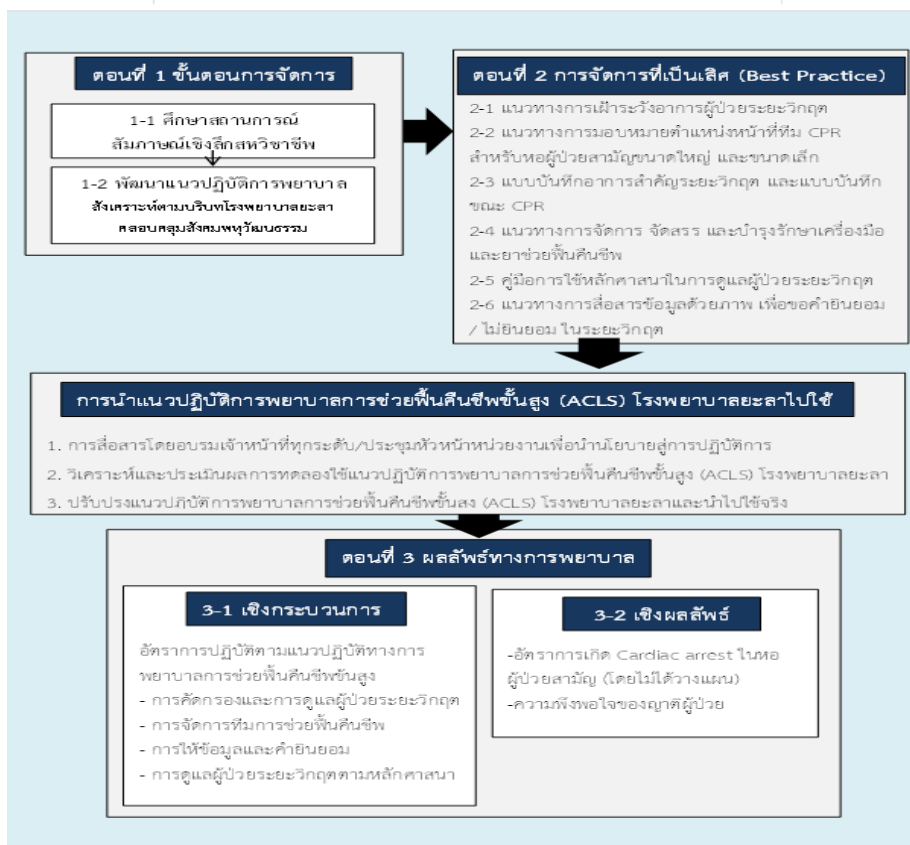
1.7 ปัญหาเครื่องมือและความเพียงพอพร้อมใช้ ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ

“เมื่อขณะช่วยฟื้นคืนชีพ เมื่อต้องใช้เครื่องช็อกไฟฟ้า แต่ได้นำเครื่องไปใช้เป็นเครื่องติดตามสัญญาณชีพให้ผู้ป่วยอื่น ซึ่งเป็นการใช้งานผิดวัตถุประสงค์” (พยาบาล 24)

“หอผู้ป่วยขนาดเล็ก ไม่มีเครื่องติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ในการเฝ้าระวังผู้ป่วยวิกฤติ ทำให้เมื่อผู้ป่วยภาวะวิกฤติ พยาบาลต้องประเมินผู้ป่วยด้วยการวัดสัญญาณชีพเพียงอย่างเดียว ไม่มีการติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ” (หัวหน้าหอผู้ป่วย 25)

2. รูปแบบการจัดการทีมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงในหอผู้ป่วยสามัญโรงพยาบาลยะลา

รูปแบบการจัดการทีมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงโรงพยาบาลยะลา



ภาพ 1 รูปแบบการจัดการทีมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงโรงพยาบาลยะลา

จากภาพ 1 แสดงให้เห็นรูปแบบการจัดการทีมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง ในหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลยะลา ได้พัฒนามาจากแนวคิดห่วงโซ่การรอดชีวิต (Chain of Survival) เกิดการพัฒนากระบวนการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง นำสู่การสังเคราะห์เป็นรูปแบบแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการทีมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงสำหรับหอผู้ป่วยสามัญ ในโรงพยาบาลยะลาจำนวน 5 เรื่องย่อย ดังนี้ เรื่องที่ 1 การเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยระยะวิกฤต เรื่องที่ 2 การจัดการทีมช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง เรื่องที่ 3 การจัดการเครื่องมือและยาช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง เรื่องที่ 4 การดูแลผู้ป่วยวิกฤตโดยใช้หลักศาสนา เรื่องที่ 5 การให้ข้อมูลและคำยินยอมในผู้ป่วยวิกฤต

3. ผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการจัดการทีมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงในหอผู้ป่วยสามัญโรงพยาบาลยะลา ประกอบด้วยผลลัพธ์ใน 2 ด้านคือ ผลลัพธ์ด้านกระบวนการ ได้แก่ การคัดกรองและการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤติ การจัดการทีมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง การให้ข้อมูล/คำยินยอม และการดูแลผู้ป่วยวิกฤตตามหลักศาสนา สำหรับผลลัพธ์ด้านการพัฒนา คืออัตราการไม่เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นโดยไม่ได้วางแผน

การคัดกรองและการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยวิกฤตตามรูปแบบการประเมินอาการตามการจำแนกสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น (6H's 6T's) พบว่า ผู้ร่วมวิจัยสามารถคัดกรองผู้ป่วยวิกฤตตามรูปแบบได้ถูกต้องครบถ้วน ร้อยละ 91.7 ยกเว้นการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องออกซิเจน (Hypoxia) สามารถทำการคัดกรองได้เพียงร้อยละ 82.4 เท่านั้น สำหรับการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยระยะวิกฤตพบว่า ผู้ร่วมวิจัยสามารถให้การดูแลเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยระยะวิกฤตตามการจำแนกสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นได้ถูกต้องครบถ้วน ร้อยละ 72.9 โดยผู้ร่วมวิจัยสามารถให้การดูแลเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) และผู้ป่วยที่มีภาวะบาดเจ็บตามอวัยวะ (Trauma) ได้ถูกต้องครบถ้วนร้อยละ 100

ตาราง 1 การจัดการทีมช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง จำแนกรายข้อ

การจัดการทีมช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง	ผ่าน		ไม่ผ่าน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เวลาที่คลำชีพจรไม่ได้จนถึงเวลาที่กดหน้าอก (Chest Compression) ทันทัน หรือ ภายใน 10 วินาที	7	100.00	0.00	0.00
2. เครื่องกระตุ้นหัวใจ (Defibrillation) มาทันเวลาภายใน 4 นาที สำหรับหอผู้ป่วยขนาดใหญ่ (Major Ward) และ ภายใน 6 นาที สำหรับหอผู้ป่วยขนาดเล็ก (Minor Ward)	7	100.00	0.00	0.00
3. ระยะเวลาที่คลำชีพจรไม่ได้จนถึงเวลาที่ตามแพทย์ภายใน 2 นาที	7	100.00	0.00	0.00
4. แพทย์มาถึงทีม CPR ภายใน 4 นาที	7	100.00	0.00	0.00
5. เวลาในการ Open Code จนกระทั่งทีม CPR มาครบภายใน 6 นาที	7	100.00	0.00	0.00
6. ตำแหน่งของทีม CPR		100.00	0.00	0.00
6.1 A: Airway ทำหน้าที่รายงานแพทย์, ติด Monitor EKG, เตรียมเครื่อง Defibrillation และเตรียม Endotracheal Tube	7	100.00	0.00	0.00
6.2 B: Breathing ทำหน้าที่จัดทำเปิดทางเดินหายใจ, ช่วยแพทย์ในการใส่ท่อช่วยหายใจ (Endotracheal Tube) และช่วยหายใจด้วย AMBU bag ตลอดการ CPR	7	100.00	0.00	0.00
6.3 C: Chest Compression ทำหน้าที่สอด Cardiac Board และทำ Chest Compression อัตรา 30: 2	7	100.00	0.00	0.00
6.4 R: Record ทำหน้าที่ช่วยดูและบันทึกการรักษาลงตลอดการ CPR	7	100.00	0.00	0.00
7. คุณภาพการกดหน้าอก				
7.1 กดหน้าอกถูกตำแหน่ง ตรงกึ่งกลางส่วนล่างของกระดูกหน้าอก (Lower Half of Sternum Bone)	5	71.43	2	28.57
7.2 กดหน้าอกเร็ว 30 : 2 (นับ 1 Cycle) หรืออัตรา 100-120 ครั้งต่อนาที	7	100.00	0.00	0.00
7.3 กดหน้าอกลึกอย่างน้อย 5 ซม. (2 นิ้ว) ไม่ควรลึกเกิน 6 ซม	7	100.00	0.00	0.00
7.4 เมื่อกดหน้าอกครบ 5 Cycle (ประมาณ 2 นาที) ตรวจสอบจังหวะการเต้นของหัวใจ ทุก 2 นาที และการช็อกไฟฟ้า เมื่อมีข้อบ่งชี้	7	100.00	0.00	0.00
7.5 เมื่อกดหน้าอกครบ 5 Cycle (ประมาณ 2 นาที) เปลี่ยนคนกดหน้าอก	7	100.00	0.00	0.00
7. การบริหารยา: การบันทึกการให้ยา Adrenaline ทุก 3 นาที	7	100.00	0.00	0.00
8. การบริหารยา: การบันทึกการให้ยา HAD ที่ใช้ในการช่วยชีวิตขั้นสูง ถูกต้องและ ครบถ้วน	7	100.00	0.00	0.00
9. การกลับคืนมาของสัญญาณชีพ (Return of Spontaneous Circulation; ROSC)	7	100.00	0.00	0.00

จากตาราง 1 พบว่า ผู้ร่วมวิจัยสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการทีมช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงได้ถูกต้อง ครบถ้วนร้อยละ 98.30 โดยพบผู้เข้าร่วมวิจัย 2 คนไม่ผ่านการประเมินด้านคุณภาพการกดหน้าอก ในหัวข้อทักษะการกดหน้าอกถูกตำแหน่งตรงกึ่งกลางส่วนล่างของกระดูกหน้าอก คิดเป็นร้อยละ 28.57

ตาราง 2 การให้ข้อมูล/ยินยอม และการดูแลตามหลักศาสนาในผู้ป่วยวิกฤติ จำแนกตามรายชื่อ

การให้ข้อมูล/ยินยอม และการดูแลตามหลักศาสนาในผู้ป่วยวิกฤติ	ถูกต้องครบถ้วน		ถูกต้องไม่ ครบถ้วน		ไม่บันทึก	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ขึ้นเตรียมการ ได้แก่ การทบทวนประวัติการเจ็บป่วย ประวัติครอบครัว และอาการของผู้ป่วย	7	100	0.00	0.00	0.00	0.00
2. การเตรียมสถานที่: เป็นส่วนตัว สงบ กันม่าน	5	71.43	2	28.6	0.00	0.00
3. การนำเข้าการประชุม	5	71.43	2	28.6	0.00	0.00
4. การตรวจสอบความเข้าใจของครอบครัวผู้ป่วย	7	100.00	0.00	0.00	0.00	0.00
5. การพูดคุยทบทวนปัญหาและการรักษาที่ผ่านมา	7	100.00	0.00	0.00	0.00	0.00
6. การเจ็บและการตอบสนอง	7	100.00	0.00	0.00	0.00	0.00
7. แจ้งการรักษาและผลการรักษา	6	85.72	1	14.28	0.00	0.00
8. การบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร	5	71.43	2	28.57	0.00	0.00
9. สำหรับผู้ป่วยศาสนาอิสลาม (N=5)					0.00	0.00
9.1 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยใกล้ชิดพระเจ้าตลอดเวลา	4	80.00	1	20.00	0.00	0.00
9.2 การบรรเทาความรู้สึกโดดเดี่ยว	4	80.00	1	20.00	0.00	0.00
9.3 การดูแลความสุขสบาย และภาพลักษณ์ผู้ป่วย	4	80.00	1	20.00	0.00	0.00
10. สำหรับผู้ป่วยศาสนาพุทธ (N=2)						
แนะนำกิจกรรมทางศาสนาพุทธ ได้แก่ การฟังธรรม หรือ กำหนดจิต “พุท โธ”	2	100.00	0.00	0.00	0.00	0.00

จากตาราง 2 พบว่าผู้ร่วมวิจัยสามารถปฏิบัติการให้ข้อมูลและคำยินยอมตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการทีมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงได้ถูกต้องครบถ้วนร้อยละ 87.50 ซึ่งหัวข้อที่ผู้ร่วมวิจัยไม่สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องครบถ้วนคือ การเตรียมสถานที่ที่เป็นส่วนตัวสำหรับการให้ข้อมูล การนำเข้าการประชุม และการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรคิดเป็นร้อยละ 28.57 โดยมีการดำเนินการส่งต่อญาติผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านจิตใจไปพบพยาบาลทีมประคับประคอง จำนวน 3 ราย สำหรับด้านการดูแลตามหลักศาสนาพบว่าผู้ร่วมวิจัยสามารถปฏิบัติการดูแลตามหลักศาสนาในผู้ป่วยวิกฤติได้ถูกต้องครบถ้วนตามแนวปฏิบัติการพยาบาลร้อยละ 85.72 โดยผู้ร่วมวิจัยไม่สามารถปฏิบัติการดูแลตามหลักศาสนาอิสลามได้ถูกต้องครบถ้วนร้อยละ 14.28 ในขณะที่ผู้ร่วมวิจัยสามารถปฏิบัติการดูแลตามหลักศาสนาพุทธได้ถูกต้องครบถ้วนร้อยละ 100.00

อภิปรายผล

1. สถานการณ์ปัญหาการจัดการทีมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงในโรงพยาบาลยะลา คือ พยาบาลไม่สามารถคาดการณ์ความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นของผู้ป่วยได้ พยาบาลไม่เข้าใจบทบาทหน้าที่ในแต่ละตำแหน่งของการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง พยาบาลไม่สามารถให้ข้อมูลแก่ญาติในช่วงที่เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น ญาติมีความต้องการทำกิจกรรมทางศาสนาในระยะวิกฤตหรือระยะสุดท้ายของชีวิต การบันทึกข้อมูลขณะช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงไม่ครบถ้วน ไม่ครอบคลุม พบปัญหาเครื่องมือไม่มีความพร้อมใช้ ซึ่งการจัดทีมช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงอย่างมีประสิทธิภาพหมายถึงการพัฒนา มอบหมาย ควบคุมกำกับทีมเจ้าหน้าที่ทุกระดับในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าสู่การวิกฤต ขณะช่วยฟื้นคืนชีพ และภาวะหลังหัวใจหยุดเต้น ซึ่งถ้าทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะสามารถช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิตสูงถึงร้อยละ 49-75 แต่หากให้การช่วยเหลือที่ล่าช้าเกินไป และไม่มีประสิทธิภาพ จะทำให้สมองของผู้ป่วยขาดเลือดไปเลี้ยงนานเกินไป แม้ว่าการช่วยเหลือจะสามารถทำให้หัวใจกลับมาเต้นได้ใหม่ แต่อวัยวะต่างๆในร่างกายอาจล้มเหลว และเสียชีวิตได้ในที่สุด การช่วยฟื้นคืนชีพที่ล่าช้าในทุก 1 นาที ทำให้โอกาสรอดชีวิตลดลง ถึงร้อยละ 10 (Devlin, 1998; Cooper, Janghorbani, & Cooper, 2006; Jitkueakun, Chaisangkaew, Poolkaew, & Klomkeeree, 2018)

2. รูปแบบการจัดการทีมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงในหอผู้ป่วยสามัญโรงพยาบาลยะลาประกอบด้วยแนวปฏิบัติการพยาบาล 5 เรื่องย่อย ซึ่งเป็นรูปแบบการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงที่สอดคล้องกับห่วงโซการรอดชีวิตของสมาคมโรคหัวใจอเมริกา (Kritsanarungsun, Suntatianan, & Saelee, 2018) โดยเพิ่มเรื่องการให้ข้อมูล/คำยินยอม และการดูแลผู้ป่วยวิกฤติตามหลักศาสนา เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลยะลา ที่เป็นสังคมพหุวัฒนธรรม โดยครอบคลุมการดูแลตั้งแต่ ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะวิกฤต ขณะช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง ระยะหลังการช่วยฟื้นคืนชีพสำเร็จ และเสียชีวิต

3. ผลลัพธ์ของรูปแบบการจัดการทีมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงในหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลยะลา ประกอบด้วย

3.1 ผลลัพธ์การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการคัดกรองและการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยวิกฤติตามรูปแบบการประเมินอาการตามการจำแนกสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น (6H's 6T's) พบว่า การคัดกรองผู้ป่วยวิกฤติตามรูปแบบได้ถูกต้องครบถ้วนร้อยละ 91.7 ยกเว้นการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องออกซิเจน (Hypoxia) สามารถทำการคัดกรองผู้ป่วยได้เพียงร้อยละ 82.4 สำหรับการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยระยะวิกฤต ถูกต้องครบถ้วน ร้อยละ 72.9 โดยในช่วงแรกของการทดลองใช้ พบปัญหา พยาบาลไม่เข้าใจการประเมินอาการตามการจำแนกสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น ผู้วิจัยได้ติดตามนิเทศและอธิบายหน่วยงานทุกหอผู้ป่วยนำร่อง พร้อมทั้งพัฒนาวิธีการใช้เครื่องมือประเมินเป็นนวัตกรรมในรูปแบบเป็นปฏิทินตั้งโต๊ะ เพื่อให้เกิดความยั่งยืน จึงกำหนดเป็นนโยบายให้พยาบาลทุกคนประเมินผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายทุกราย เพื่อคัดกรองภาวะวิกฤติตามรูปแบบ 6H's 6T's กำหนดให้มีการส่งเวรเพื่อการดูแลต่อเนื่อง และในเวรเช้าต้องรายงานข้อมูลการคัดกรองผู้ป่วยวิกฤติแก่หัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อรายงานเข้าสู่ระบบ

3.2 ผลลัพธ์การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการทีมช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง พบว่า สามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้ถูกต้องครบถ้วนร้อยละ 98.3 พบว่า หัวข้อ การกดหน้าอกถูกตำแหน่ง ตรงกึ่งกลางส่วนล่างของกระดูกหน้าอก ปฏิบัติไม่ผ่าน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.7 สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่า ภายหลังการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง ผ่านไป 5 เดือน ระดับคะแนนความรู้ของพยาบาลไม่เปลี่ยนแปลง แต่คะแนนทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพจะลดลง (Kritsanarungsun, Suntatianan, & Saelee, 2018) ดังนั้นกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลยะลา จึงมีนโยบายให้จัดโครงการอบรมฟื้นฟูความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงทุกปี โดยมีกลุ่มเป้าหมายเป็นพยาบาลทุกหอผู้ป่วยเข้ารับการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง (ACLS) และเจ้าหน้าที่สนับสนุนทุกระดับเข้ารับการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (BLS) วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเป็นสมรรถนะขององค์กรการพยาบาลและให้สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกองการพยาบาล

3.3 ผลลัพธ์การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยวิกฤติโดยใช้หลักศาสนา พบว่า พยาบาลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤติโดยใช้หลักศาสนาได้ถูกต้องครบถ้วนร้อยละ 85.7 ซึ่งพบปัญหาว่าพยาบาลที่นับถือศาสนาพุทธไม่เข้าใจหลักศาสนาอิสลาม จึงมีแผนพัฒนาความรู้ โดยให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับได้เรียนรู้และเข้าใจหลักการปฏิบัติของทั้งสองศาสนา เพื่อนำความรู้มาประยุกต์ใช้ในการดูแลรักษาพยาบาลในรูปแบบสังคมพหุวัฒนธรรมตามการศึกษาที่พบว่า สังคมและวัฒนธรรมของชาวไทยมุสลิมมีวิถีการดำเนินชีวิตตั้งแต่เกิดจนตายที่สอดคล้องสัมพันธ์กับพระผู้เป็นเจ้าตลอดเวลา เมื่อเจ็บป่วยต้องรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจึงมีความต้องการด้านจิตวิญญาณอันเป็นตามหลักศาสนา (Waealee, 2004; Preyawanich, Thaniwatananon, & Kongin, 2007)

3.4 ผลลัพธ์การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการให้ข้อมูล/คำยินยอมในผู้ป่วยวิกฤติ พบว่า พยาบาลสามารถปฏิบัติการให้ข้อมูลและคำยินยอมได้ถูกต้องครบถ้วนร้อยละ 87.5 พบว่า ญาติผู้ป่วยวิกฤติจะเผชิญกับภาวะเครียด วิตกกังวล ความไม่แน่นอนของโรค สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า สิ่งที่ยาติผู้ป่วยต้องการมากที่สุดเป็นอันดับแรก คือข้อมูลเกี่ยวกับการดูแล และข้อมูลเรื่องการดำเนินโรคของผู้ป่วย และต้องการได้รับความเชื่อมั่นว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง เนื่องจากญาติที่มีผู้ป่วยในระยะวิกฤติจะมีความวิตกกังวลระดับสูงในช่วง 24-72 ชั่วโมงแรกของการรักษา ดังนั้นเนื้อหาในการสื่อสารในช่วงวิกฤตินี้ ต้องเป็นข้อมูลที่มีความชัดเจน เพียงพอ สม่่าเสมอ และเปิดโอกาสให้ซักถาม และระบายความรู้สึก และต้องการเข้าใจเกี่ยวกับอุปกรณ์

ทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยได้รับหรือจะได้รับ (Singdong, & Jitpanya, 2012; Srisuphaolarn, & Uakit, 2016) ดังนั้นโรงพยาบาลละจึงพัฒนาการสื่อสารสำหรับผู้ป่วยวิกฤต ด้วยการแจ้งการรักษาและกระบวนการรักษาโดยใช้รูปภาพและพัฒนาเป็นนวัตกรรมการสื่อสารด้วยภาพสำหรับผู้ป่วยวิกฤตและญาติเพื่อประกอบการตัดสินใจในการเซ็นยินยอมเพื่อรับการรักษา

3.5 อัตราการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นในหอผู้ป่วยสามัญ (โดยไม่ได้วางแผน) ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2561 ถึงเดือนสิงหาคม 2562 พบจำนวน 3 ราย เมื่อทำการทบทวนปัญหา (RCA) พบว่ามีผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นในหอผู้ป่วยสามัญขนาดเล็ก (Minor Ward) จำนวน 2 ราย เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานได้ร้องขอความช่วยเหลือจากทีม RRT โดยไม่ได้แสดงบทบาทใดๆ ในการร่วมทีมช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง และพบภาวะหัวใจหยุดเต้นในหอผู้ป่วยสามัญขนาดใหญ่ (Major Ward) จำนวน 1 หอผู้ป่วย พบว่า เจ้าหน้าที่ได้ร้องขอความช่วยเหลือจากทีม RRT เนื่องจากไม่มั่นใจในทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพของตนเอง จากการศึกษาของ Jitkueakun, Chaisangkaew, Poolkaew, & Klomkeeree (2018) พบว่า การจัดการการช่วยฟื้นคืนชีพที่มีประสิทธิภาพนั้น จะมีองค์ประกอบสำคัญคือ การกำหนดพื้นที่ช่วยฟื้นคืนชีพที่ชัดเจน เพื่อช่วยทีมสามารถเข้ากระบวนการช่วยฟื้นคืนชีพได้อย่างรวดเร็ว ดังนั้นกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลโรงพยาบาลละจึงพัฒนาการจัดการทีมการช่วยฟื้นคืนชีพ และบทบาทหน้าที่ของทีมที่ชัดเจน พร้อมทั้งฟื้นฟูทักษะและความรู้ของทีม การจัดการจัดสรรและพัฒนาเครื่องมือและยาขณะช่วยฟื้นคืนชีพ พัฒนาการช่วยฟื้นคืนชีพทั้งระบบ ในรูปแบบของแนวปฏิบัติการพยาบาล 5 เรื่องย่อย และมีการจัดประชุมอบรม การนิเทศติดตามผลงาน ทำให้เกิดการพัฒนารูปแบบการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง ในโรงพยาบาลละ โดยผลลัพธ์ในช่วงทำการวิจัย ไม่พบการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นในหอผู้ป่วยสามัญ (โดยไม่ได้วางแผน) อีกเลย

ข้อจำกัดในการทำวิจัย คือ จำนวนผู้ป่วยที่ต้องการศึกษาเรื่องการประเมินผลลัพธ์การจัดการทีมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงในหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลละ มีจำนวนน้อยเกินไป จำนวนไม่ครบตามรูปแบบการประเมินอาการตาม 6H's 6T's เนื่องจากช่วงเวลาที่ศึกษาไม่มีผู้ป่วยภาวะเหล่านี้ ได้แก่ ภาวะอุณหภูมิกายต่ำ (Hypothermia) ผู้ป่วยได้รับยาที่มีผลข้างเคียงกดการหายใจเกินขนาด (Toxin) ผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (Thrombosis Coronary) ผู้ป่วยที่มีภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด (Thrombosis Pulmonary) การศึกษาครั้งนี้ ศึกษาในพื้นที่สังคมพหุวัฒนธรรมสามจังหวัดชายแดนใต้ บางประเด็นของเนื้อหาไม่เหมาะสมในการนำไปใช้ในพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกันออกไป

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. รูปแบบการจัดการทีมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงในหอผู้ป่วยสามัญโรงพยาบาลละทั้ง 5 แนวปฏิบัติมีการใช้เป็นรูปแบบเดียวกันทุกหอผู้ป่วย เริ่มตั้งแต่ห้องฉุกเฉิน เรื่อยไปจนถึงหอผู้ป่วยในจนถึงหอผู้ป่วยหนัก ทำให้การดูแลผู้ป่วยเป็นรูปแบบเดียวกันและต่อเนื่อง
2. ขยายรูปแบบการจัดการทีมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงในหอผู้ป่วยสามัญโรงพยาบาลละใช้ในหอผู้ป่วยทุกหน่วยในโรงพยาบาลเครือข่ายในจังหวัดยะลาและเครือข่ายในสามจังหวัดชายแดนใต้
3. พัฒนาการจัดอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงโรงพยาบาลละให้รองรับบุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับเพื่อฟื้นฟูความรู้และทักษะอย่างต่อเนื่อง
4. รูปแบบการจัดการทีมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง ในหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลละ พัฒนาเป็นสมรรถนะหลักของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางการพยาบาลจากการใช้รูปแบบในการจัดการทีมในผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่น ๆ และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น

References

- American Heart Association. (2017). *About Cardiac Arrest*. Retrieved November 20, 2017 from <https://bit.ly/2PqcFxK>.
- Chanthai, K., Kittirukthakun, S., & Haruthai, C. (2008). *Nursing Standard in Hospital*. Bangkok: War Veterans Organization Printing. (in Thai)
- Cooper, S., Janghorbani, M., & Cooper, G. (2006) A Decade of in-Hospital Resuscitation: Outcome and Prediction of Survival. *Resuscitation*, 68, 231- 237.
- Crabtree, B. F., & Miller, W. L. (1992). *Doing Qualitative Research*. London: SAGE Publications.
- Devlin, M. (1998). An Evaluative Study or the Basic Life Support Skill of Nurse in an Independent Hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 8, 201-205.
- Jitkueakun, Y., Chaisangkaew, I., Poolkaew, W., & Klomkeeree, R. (2018). Impact of Adjusted Cardiopulmonary Resuscitation Process on Return of Vital Sign and Spontaneous Circulation In Cardiac Arrest Patients in Emergency Unit. *Thai Journal of Nursing Council*, 33(4), 64-74. (in Thai)
- Kritsanarungsun, S., Suntatianan, J., & Saelee, R. (2018). *ACLS Provider Manual*. Bangkok: Punyamit Printing. (in Thai)
- Preyawanich, J., Thaniwatananon, P., & Kongin, W. (2007). Relationships Between Understanding of Muslim Caregivers of Stressful Situation, Perception of Spiritual Needs of Muslim Patients on Mechanical Ventilation and Participation of Caregivers in Spiritual Care of Muslim Patients. *Songklanagarind Medical Journal*, 25(6), 471-480. (in Thai)
- Seangnhern, U., Uppanisakorn, S., & Chinnawong, T. (2010). Factors Related to Nurses' Knowledge and Skill in Cardiopulmonary Resuscitation in Songklanagarind Hospital. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 32(1), 1-10. (in Thai)
- Singdong, P., & Jitpanya, C. (2012). Relatives' Experiences in Intensive Care Units: A Qualitative Study. *Ramathibodi Nursing Journal*, 18(3), 404-417. (in Thai)
- Srisuphaolarn, I., & Uakit, N. (2016). The Effect of Meeting Family-Needs Program on Anxiety of Family Members of Critically ill Patients. *Songklanagarind Medical Journal*, 36(3), 77-93. (in Thai)
- Waeearlee, D. (2004). *Caring for Palliative Patients According to Islamic Guidelines*. Bangkok: O.S. Printing House. (in Thai)