ใบสมัครเพื่อเสนอบทความในงานการประชุม

THAILAND QUALITY CONFERENCE & The 23rd Symposium on TQM-Best Practices in Thailand

ประเภทการสมัคร [✓] TQM-Best Practices (ต้องจัดทำ Abstract, Presentation Slide, Full Paper (ถ้ามี*) และการทดลองนำเสนอผลงาน)

[ ] TQM-Progressive Learners (ต้องจัดทำ Abstract, Presentation Slide และการทดลองนำเสนอผลงาน)

ประเภทองค์กร [ ] หน่วยงานธุรกิจเอกชน [ ] หน่วยงานรัฐวิสาหกิจ [ ] หน่วยงานด้านการศึกษา [ ] หน่วยงานราชการและองค์กรของรัฐ [✓] หน่วยงานทางด้านสาธารณสุข

ชื่อเรื่องนำเสนอ การพัฒนาแนวทางปฏิบัติ Early Mobilization ในผู้ป่วยเด็กวิกฤต (Care map of early mobilization for critically ill children at Thammasat University Hospital)

เป็น "วิธีปฏิบัติที่เป็นแบบอย่างที่ดีเยี่ยม" ของกระบวนการ ในหมวด (โปรดเลือก 1 หมวดเท่านั้น)

[ ] 1. การนำองค์กร [ ] 2. การวางแผนเชิงกลยุทธ์และการจัดการนโยบาย

[ ] 3. การเอาใจใส่ลูกค้าและตลาด [ ] 4. การวัด การวิเคราะห์ และ การจัดการความรู้

[ ] 5. การเอาใจใส่ทรัพยากรบุคคล [✓] 6. การจัดการกระบวนการ

[ ] 7. การประยุกต์ระบบมาตรฐานต่างๆเข้ากับการบริหารจัดการ

ชื่อหน่วยงาน งานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
ที่อยู่ เลขที่ 95 หมู่ 8 ต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี 12120
โทรศัพท์ 02-926-9999 โทรสาร - เว็บไซต์ https://www.hospital.tu.ac.th
ชื่อผู้เขียน (ผู้นำเสนอ) อาจารย์นายแพทย์ชนะภัย ไชยกุลศิลป์ ตำแหน่ง อาจารย์แพทย์ (เฉพาะทาง)
ชื่อผู้ประสานงาน นางสาวธนิตา ทิพยมาลี งานนโยบายและแผน โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
โทรศัพท์ 02-977-8498 อีเมล tuh.tqmb@gmail.com

สรุปจุดที่เป็น "วิธีปฏิบัติที่เป็นแบบอย่างที่ดีเยี่ยม"

1) การทำงานร่วมกันเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพและเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
2) การพัฒนาแนวทางปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เป็น Process Innovation โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ
3) เริ่มจากการสร้างแนวทางปฏิบัติใหม่สู่การปฏิบัติที่เป็นงานประจำที่ยั่งยืน (Routine nursing care)
4) สามารถลดอัตราการอ่อนแรงตามหลังภาวะวิกฤตในเด็กได้

ประสิทธิผล

1) อัตราการเกิดภาวะอ่อนแรงตามหลังภาวะวิกฤต (Post intensive care weakness) ในผู้ป่วยเด็กวิกฤตที่ทำ Early Mobilization (EM) ลดลง

ผลลัพธ์ Pre-EM (ม.ค.-มิ.ย.63) = 61.5%, Post-EM (ก.ค.-ธ.ค.63) = 25% และปี 64 (ม.ค.-พ.ย.64) = 28.1%

2) ร้อยละผู้ป่วยเด็กวิกฤตที่ทำ EM ฟื้นตัวสู่สภาพเดิมภายใน 1 เดือน

ผลลัพธ์ ปี 63 (ก.ค.-ธ.ค.63) = 86.96% และปี 64 (ม.ค.-พ.ย.64) = 82.5%

การอนุญาตให้มูลนิธิฯ จัดให้ผู้สนใจเข้าเยี่ยมชม "Best-Practices" ขององค์กรผู้สมัครนี้ได้

[✓] อนุญาต [ ] ไม่อนุญาต

การอนุญาตให้มูลนิธิฯ บันทึกวีดีโอผลงานระหว่างที่นำเสนอในวันการจัดงานขององค์กรผู้สมัครนี้ได้

[✓] อนุญาต [ ] ไม่อนุญาต

บทคัดย่อ

ชื่อเรื่อง : การพัฒนาแนวทางปฏิบัติ Early Mobilization ในผู้ป่วยเด็กวิกฤต (Care map of early mobilization for critically ill children at Thammasat University Hospital)

ประวัติและความเป็นมาโดยย่อ :

ผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตส่วนใหญ่มีภาวะเจ็บป่วยที่คุกคามถึงชีวิต และมีอาการไม่คงที่ ใส่ท่อช่วยหายใจ ต้องนอนรักษาใน PICU นาน ได้รับยานอนหลับกลุ่มยากดประสาท/ยาหย่อนกล้ามเนื้อ ทำให้ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิด Muscle weakness และฝ่อลีบ เกิดความพิการ และเสียชีวิต (Mohamed et al., 2016) มีการศึกษาผลเสียจากการขาดการเคลื่อนไหว พบว่าผู้ป่วยที่นอนนาน กำลังกล้ามเนื้อลดลงประมาณร้อยละ 1.0-1.5 ต่อวัน (รัตนา รัตนาธาร., 2553) สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยเด็กวิกฤตที่มี ระยะวันนอนเฉลี่ย ≥72 ชั่วโมงนั้น มีความเสี่ยงต่อการเกิด muscle atrophy และ physical impairment ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กในอนาคต (Kudchadkar et al., 2020) ผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตที่นอนนานได้รับการเริ่มต้นฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายโดยเร็ว (Early Mobilization) สามารถป้องกันหรือลดการเกิดภาวะพิการ physical morbidity หรือภาวะ severe disability ได้ (Als et al., 2015) รวมทั้งช่วยลดระยะวันนอนเฉลี่ยใน PICU ระยะวันนอนเฉลี่ยในโรงพยาบาล ลดการกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลซ้ำและการเสียชีวิต (Mohamed et al., 2016)

ก่อนเริ่มโครงการ การทำกายภาพบำบัดในผู้ป่วยเด็กวิกฤตที่ PICU นั้น จะเริ่มทำหลังจากเกิดปัญหา Muscle weakness หรือข้อยึดติดแล้ว หรือจนกระทั่งผู้ป่วยเด็กวิกฤตอาการคงที่ ในช่วงเดือน ม.ค.-มิ.ย 63 พบปัญหาอัตราการเกิดกล้ามเนื้ออ่อนแรง ในเด็กที่นอน PICU >72 ชั่วโมงสูงถึงร้อยละ 61.5 นอกจากนี้ยังพบปัญหาในการทำ EM คือ 1) ทีมยังไม่มีแนวทางการทำ EM ที่เป็นระบบ และ 2) ทีมนักกายภาพบำบัดมีข้อจำกัด คือ ให้การดูแลได้ในช่วงเวลาทำการ ซึ่งตามมาตรฐานการทำ EM ควรทำทุก 8-12 ชั่วโมง (Wieczorek et al., 2016; Choong et al., 2018) ตามสภาวะของผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยเด็กวิกฤตจะได้รับการทำ EM เร็วที่สุด ผู้ดูแลที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง คือ พยาบาล ดังนั้นทีมสหสาขาวิชาชีพจึงจัดทำแนวทางปฏิบัติ EM ในผู้ป่วยเด็กวิกฤต และพัฒนาศักยภาพทีมในการทำ EM ผู้ป่วยเด็กวิกฤต

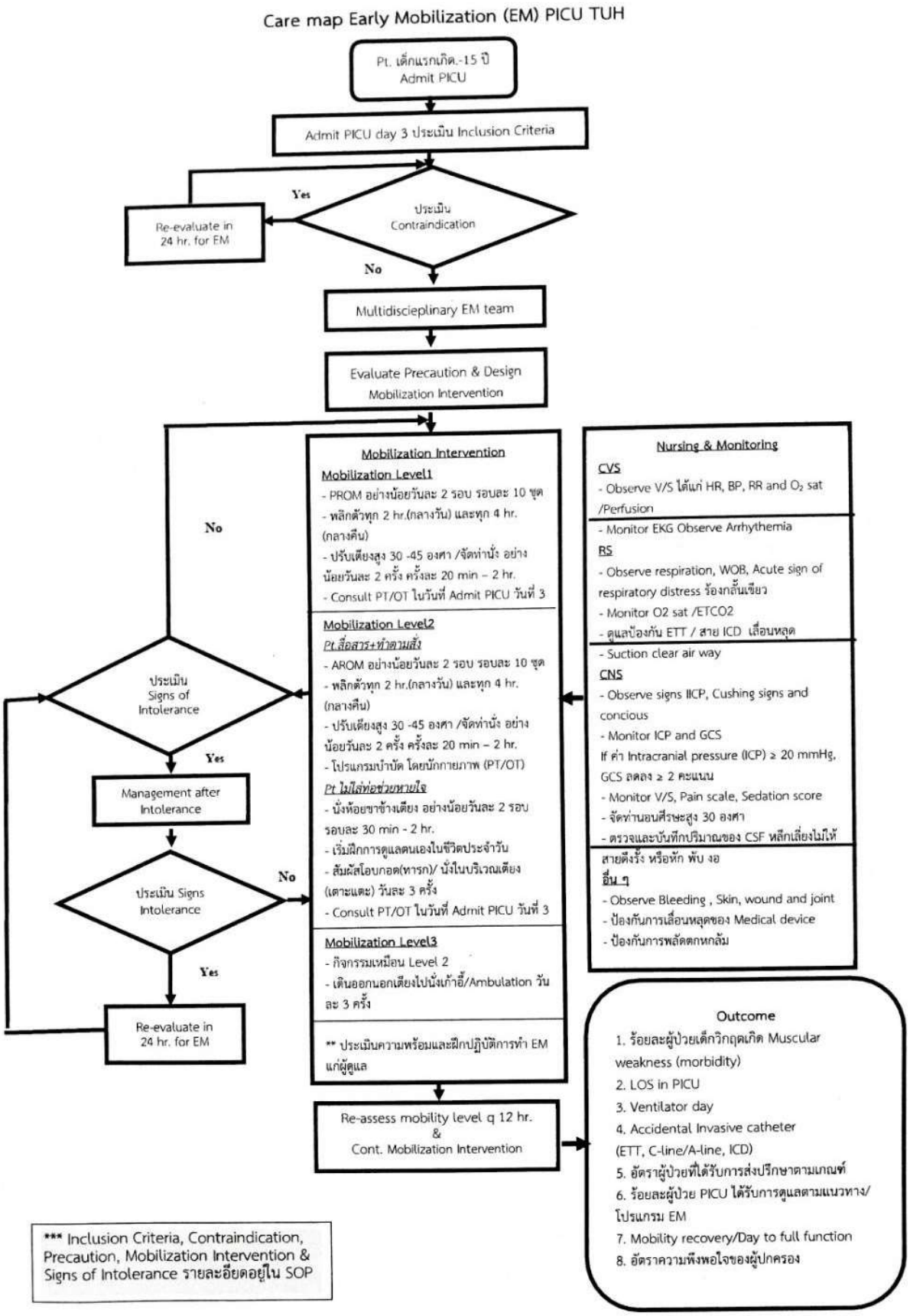
วิสัยทัศน์ ค่านิยม วัฒนธรรม พันธกิจ นโยบาย:

เป้าหมาย (Purpose)

ลดอัตราการเกิดภาวะอ่อนแรงตามหลังภาวะวิกฤต (Post intensive care weakness) ในผู้ป่วยเด็กวิกฤตที่ทำ Early Mobilization (EM)

กิจกรรมการพัฒนา (Process)

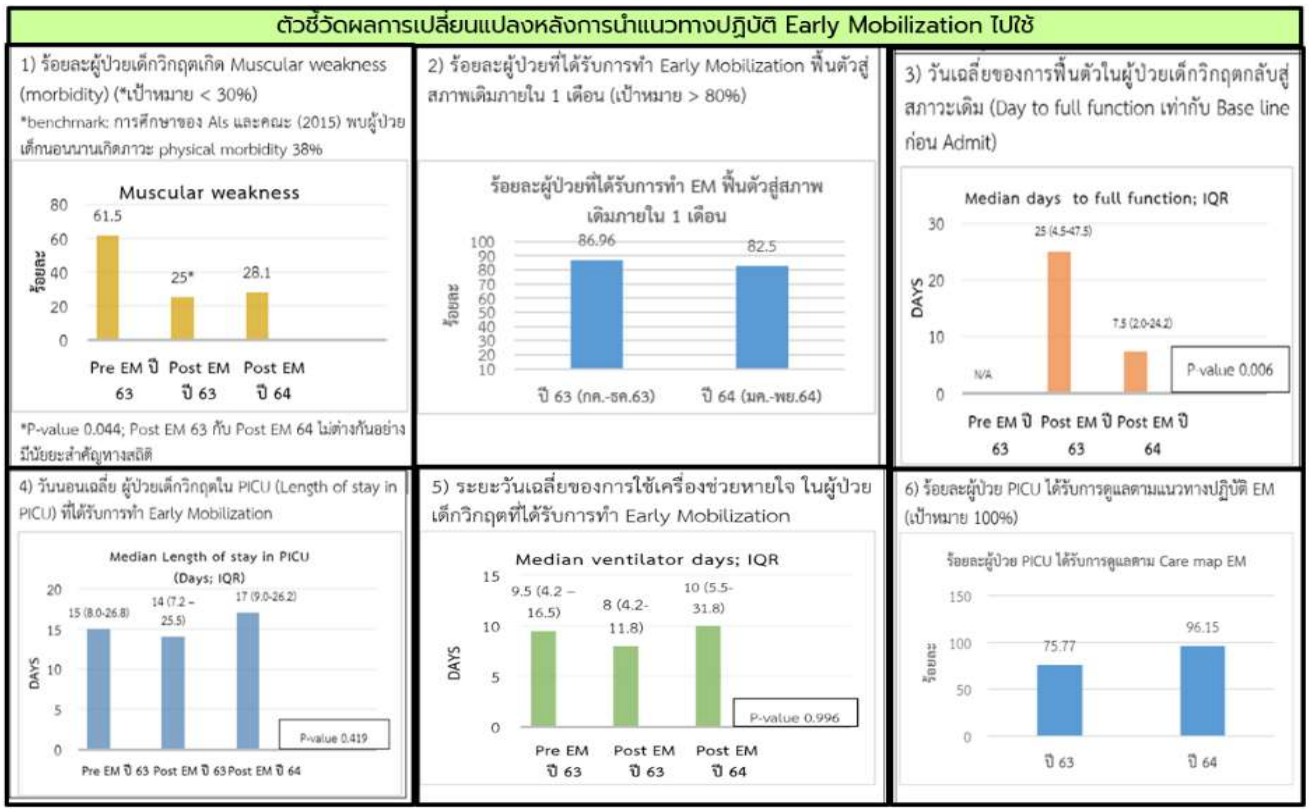
- ค้นหาปัญหาและรวบรวมสถิติผู้ป่วยเด็กที่พ้นภาวะวิกฤต (post PICU) ระหว่างเดือนม.ค.-มิ.ย.63



- ทบทวนวรรณกรรมและจัดทำแนวทางปฏิบัติ EM ในผู้ป่วยเด็กวิกฤต โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (แพทย์ พยาบาล และนักกายภาพบำบัด) ในเดือนม.ค.-มิ.ย. 63
- พัฒนาสมรรถนะการทำ EM แก่ทีมพยาบาล และสื่อสารแนวทางปฏิบัติแก่ทีมผู้เกี่ยวข้อง
- เริ่มนำแนวทางปฏิบัติ EM ใช้ในหอผู้ป่วย PICU เดือนก.ค.63
- ประเมินผลการใช้และปรับปรุงแนวทางปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

การประเมินผลการเปลี่ยนแปลง (Performance)

- ปี 63 (เดือนก.ค.-ธ.ค.63) และปี 64 มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการทำ EM 25 คน และ 36 คน ตามลำดับ



<u>หมายเหตุ</u>

* ร้อยละผู้ป่วยเด็กวิกฤตเกิด Muscular weakness < 30% (benchmark การศึกษาของ Als และคณะ (2015) พบผู้ป่วยเด็กนอนนานเกิดภาวะ physical morbidity 38%)

- ในปี 64 ทำวิจัย เรื่อง Nurse-Driven Early Rehabilitation Protocol for Critically Ill Children ได้รับการตีพิมพ์ใน Journal of Japan Pediatric Society ของ Pediatrics International

บทเรียนที่ได้รับ

- เรียนรู้การทำงานเป็นทีมและปรับปรุงแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง มีการปรับเกณฑ์คัดกรอง การทำ EM เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กวิกฤตทุกรายได้รับโอกาสเพิ่มขึ้น และง่ายต่อการปฏิบัติ มีการทบทวนการปฏิบัติตามตามแนวทาง และให้ข้อมูลสะท้อนกลับแก่ทีม ปัจจุบันการทำ EM ในผู้ป่วยเด็กวิกฤตเป็นการดูแลที่เป็นงานประจำ

- ทีมผู้ดูแลรู้สึกภูมิใจในผลลัพธ์จากการดูแลที่ดีขึ้น พบผู้ป่วยเด็ก post PICU เกิด muscular weakness ลดลง มีผู้ป่วยกลับมาเยี่ยมทีมผู้ดูแล และญาติส่งคลิป VDO ผู้ป่วยจากเดิมที่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง แต่ปัจจุบันไปโรงเรียนและกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ