การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ในระยะเปลี่ยนผ่านแบบ SPIN TUH เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต

ประภัทรสรณ์ สาวะพันธ์[1], พรชมพู พันธุมะโน[1], วินิตย์ หลงละเลิง[1], ธิดา ศรีรัตนา ทาบูกานอน[2], อดิศัย บัวคำศรี[2]

รับบทความ 15 มกราคม 2569; ส่งแก้ไข: 16 มกราคม 2569; ตอบรับ: 15 มิถุนายน 2569

บทคัดย่อ

บทนำ: ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นโรคเรื้อรังที่มีอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลสูง โดยเฉพาะในช่วงเปลี่ยนผ่านจากการรักษาในโรงพยาบาลสู่การดูแลที่บ้าน ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและการใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์พบอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำภายใน 90 วันหลังจำหน่ายของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับสูง สะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบการดูแลที่มีความต่อเนื่องและเป็นระบบมากขึ้น

วัตถุประสงค์: 1) เพื่อลดอัตราการรับกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 90 วันให้น้อยกว่าร้อยละ 10 2) เพื่อเพิ่มอัตราการได้รับยาตามแนวทางการรักษามาตรฐาน (Guideline-Directed Medical Therapy: GDMT) มากกว่าร้อยละ 85 และ 3) เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวให้มากกว่าร้อยละ 90

วิธีดำเนินการ: พัฒนาระบบ The SPIN TUH Transitional Care Model for Heart Failure Patients โดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพตามวงจร Plan–Do–Study–Act (PDSA) ร่วมกับการทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วยการวางแผนจำหน่ายอย่างเป็นระบบโดยใช้ Heart Failure Discharge Checklist การติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายผ่านระบบ Telemedicine และ Telenursing ภายใน 72 ชั่วโมงและ 7 วัน การจัดช่องทางการสื่อสารและให้คำปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัวผ่าน Line Official Account รวมถึงการมีส่วนร่วมของเภสัชกร นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัดในการติดตามต่อเนื่อง ประเมินผลลัพธ์โดยใช้ตัวชี้วัดตาม Objectives and Key Results (OKRs)

ผลการศึกษา: พบว่าอัตราการรับกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 90 วันลดลงเหลือร้อยละ 6.08 ผู้ป่วยได้รับยาตามแนวทาง GDMT ครบถ้วนร้อยละ 100 และมีร้อยละเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 94.77

สรุป: ระบบการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในระยะเปลี่ยนผ่านแบบ SPIN TUH ช่วยเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแล ลดการกลับเข้ารักษาซ้ำ และส่งเสริมความสามารถในการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วย ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และสามารถใช้เป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในระยะเปลี่ยนผ่านได้อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: การดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน ภาวะหัวใจล้มเหลว คุณภาพชีวิต

[1] ศูนย์ความเป็นเลิศโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จ.ปทุมธานี 12120

[2] หน่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จ.ปทุมธานี 12120

อีเมล : sawapanprapatsorn@gmail.com

The SPIN TUH Transitional Care Model for Heart Failure Patients to improve quality of life

Prapatsorn Sawapan[1], Pornchompoo Pantumano[1],
Winit Longlalerng[1], Thida Srirattana Tabukanon[2], Adisai Buakhamsri[2]

Received: January 15, 2025; Received revision: January 16, 2026; Accepted: June 15, 2026

Abstract

Background: Heart failure is a chronic condition associated with high rates of hospital readmission, particularly during the transition from hospital to home. This vulnerable transitional period often reflects gaps in continuity of care, leading to adverse clinical outcomes, reduced quality of life, and increased healthcare resource utilization. At Thammasat University Hospital, the 90-day readmission rate among patients with heart failure remained high, highlighting the need for a structured and comprehensive transitional care system.

Objectives: This study aimed to 1) reduce the 90-day hospital readmission rate among patients with heart failure to less than 10%, 2) increase the proportion of patients receiving guideline-directed medical therapy (GDMT) to more than 85%, and 3) improve patients' quality of life to more than 90%.

Methods: The SPIN TUH Transitional Care Model for Heart Failure Patients was developed and implemented using the Plan–Do–Study–Act (PDSA) quality improvement framework in collaboration with a multidisciplinary healthcare team. Key components included structured discharge planning using a Heart Failure Discharge Checklist, post-discharge follow-up via telemedicine and telenursing within 72 hours and 7 days after discharge, and the provision of consultation and education for patients and caregivers through a Line Official Account. Educational materials and self-monitoring booklets were provided to enhance self-care knowledge and skills. Pharmacists, dietitians, and physical therapists were actively involved in post-discharge follow-up, with telephone monitoring used for patients unable to access mobile applications. Outcomes were evaluated using Objectives and Key Results (OKRs).

Results: Following implementation of the SPIN TUH Transitional Care Model, the 90-day hospital readmission rate decreased to 6.08%. All patients (100%) received guideline-directed medical therapy. The mean quality of life score among patients with heart failure increased to 94.77%.

Conclusion: The SPIN TUH Transitional Care Model effectively enhances continuity of care during the hospital-to-home transition for patients with heart failure. The model contributes to reduced hospital readmissions, optimized adherence to guideline-directed medical therapy, improved self-management, and significantly better quality of life. This structured, multidisciplinary transitional care approach represents a sustainable framework that may be adapted to improve outcomes for patients with chronic conditions in similar healthcare settings.

Keywords: Transitional care, Heart failure, Quality of life

[1] Center of Excellence for Cardiovascular Disease, Thammasat University Hospital, Pathum Thani, 12120, Thailand.
[2] Department of Medicine, Faculty of Medicine, Thammasat University, Pathum Thani, 12120, Thailand.
Corresponding E-mail: sawapanprapatsorn@gmail.com

บทนำ

การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นหนึ่งในความท้าทายสำคัญของระบบบริการสุขภาพในปัจจุบัน เนื่องจากต้องอาศัยการดูแลที่ซับซ้อน จากการรวบรวมข้อมูลอัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ ในปีงบประมาณ 2564 พบว่า มีอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำภายใน 90 วันหลังจำหน่ายสูงถึงร้อยละ 23.33 ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต สูญเสียการใช้ทรัพยากรในการดูแลรักษา[1-2] ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงช่องว่างในกระบวนการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วงเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

จากการศึกษาพบว่า การดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน (Transitional Care) โดยมีการวางแผนล่วงหน้า (Discharge planning) และการติดตามหลังจำหน่าย สามารถลดอัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำได้อย่างมีนัยสำคัญ [2-5, 7]

จากการค้นหาสาเหตุและข้อจำกัดในโรงพยาบาล พบว่า ขาดระบบการติดตามภายหลังจำหน่ายที่ชัดเจนการสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพไม่เป็นระบบ จึงได้พัฒนาระบบ The SPIN TUH Transitional Care Model for Heart failure patients เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนจนถึงหลังจำหน่ายอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมทั้งการประเมินความเสี่ยง การติดตามสุขภาพ และการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในระดับสากล[4,6]

วัตถุประสงค์

1) เพื่อลดอัตราการรับกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 90 วัน ให้น้อยกว่าร้อยละ 10

2) เพื่อให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้รับยาตามมาตรฐาน GDMT มากกว่าร้อยละ 85

3) เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวให้มากกว่าร้อยละ 90 ภายในวันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2568

วิธีดำเนินการ

ดำเนินการโดยนำหลักการพัฒนาคุณภาพ PSDA ผนวกกับ SPIN TUH ดังนี้

Plan ดำเนินการทบทวนสาเหตุของการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า ปัจจัยสำคัญ ได้แก่ ผู้ป่วยขาดความรู้และความเข้าใจในการดูแลตนเองหลังจำหน่าย รวมถึงขาดช่องทางการสื่อสารที่ชัดเจนและต่อเนื่องกับทีมสุขภาพภายหลังกลับบ้าน เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว ได้มีการจัดประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด เพื่อทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แลกเปลี่ยนข้อมูลเชิงระบบ และร่วมกันออกแบบแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในระยะเปลี่ยนผ่านอย่างเป็นรูปธรรม

Do ดำเนินการจัดทำกระบวนการวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning) อย่างเป็นระบบ โดยใช้ Heart Failure Discharge Checklist เป็นเครื่องมือในการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย และวางแผนการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายกลับบ้าน ผู้ป่วยได้รับการติดตามผ่านระบบ Telemedicine และ Telenursing ภายใน 72 ชั่วโมง และ 7 วันหลังจำหน่าย เพื่อประเมินอาการ การใช้ยา และปัญหาที่อาจเกิดขึ้นใน

ระยะเริ่มต้น นอกจากนี้ ได้จัดบริการให้คำปรึกษาผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลผ่าน Line Official Account: คลินิกหัวใจล้มเหลวเพื่อเพิ่มช่องทางการเข้าถึงทีมสุขภาพอย่างสะดวกและรวดเร็ว มีการจัดทำคู่มือและสมุดบันทึกสำหรับผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การรับประทานยา การควบคุมอาหาร การประเมินความเสี่ยง และการติดตามสุขภาพ เพื่อเสริมสร้างความรู้และทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารภายในทีมสุขภาพ ได้ดำเนินการจัดตั้ง Line group: Heart Failure TUH สำหรับพยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพใช้เป็นช่องทางในการติดต่อประสานงาน ลดรอยต่อในการส่งปรึกษา และเพิ่มความรวดเร็วในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart Failure Care Team)

Study ดำเนินการติดตามและวิเคราะห์ผลลัพธ์การดำเนินการโดยใช้ตัวชี้วัดตาม Objectives and Key Results (OKRs) ครอบคลุมทั้งผลลัพธ์ด้านคลินิก กระบวนการดูแล และผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาประเมินประสิทธิภาพของระบบการดูแลและใช้เป็นฐานข้อมูลในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

Act นำผลการประเมินมาปรับปรุงกระบวนการดูแล โดยบูรณาการ Heart Failure Discharge Checklist เข้าสู่ระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล (E-phis) เพื่อให้การประเมินและวางแผนจำหน่ายครอบคลุมผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวทุกราย เพิ่มการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ เภสัชกร นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด ในการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายกลับบ้าน สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้แอปพลิเคชันในการสื่อสารได้ มีการปรับรูปแบบการติดตามเป็นการโทรศัพท์ติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยทุกคนได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และสนับสนุนความยั่งยืนของระบบการดูแลในระยะยาว

สรุป

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในระยะเปลี่ยนผ่านด้วย SPIN TUH เป็นการดำเนินงานเชิงระบบที่มุ่งแก้ไขปัญหาการขาดความต่อเนื่องของการดูแลหลังจำหน่าย โดย

อาศัยกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามวงจร Plan–Do–Study–Act (PDSA) ร่วมกับการทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างบูรณาการ ระบบดังกล่าวช่วยเชื่อมโยงการดูแลตั้งแต่ระยะผู้ป่วยในจนถึงระยะหลังจำหน่ายกลับสู่บ้านอย่างเป็นรูปธรรม

ผลการดำเนินการสะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบ SPIN TUH Transitional Care Model เป็นนวัตกรรมการพยาบาลที่สามารถตอบโจทย์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในระยะเปลี่ยนผ่านได้อย่างเป็นระบบ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถเข้าถึงการรักษาตามแนวทางมาตรฐานอย่างครอบคลุม มีการติดตามอาการและให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องผ่านช่องทางที่หลากหลาย ส่งผลให้อัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น รวมถึงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และการดำรงชีวิตประจำวัน

ในระดับระบบบริการสุขภาพ การดำเนินงานตามรูปแบบ SPIN TUH ช่วยลดรอยต่อของการดูแล เพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารภายในทีมสุขภาพ สนับสนุนการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม และส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง บทบาทของ

พยาบาลในฐานะผู้ประสานการดูแลและผู้นำการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ และสามารถใช้เป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านได้อย่างยั่งยืน

ตารางที่ 1 ผลลัพธ์การนำระบบ The SPIN TUH Transitional Care Model มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต

ตัวชี้วัดตามวัตถุประสงค์	เป้าหมาย	ผลลัพธ์
1. อัตราการรับกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 90 วัน	10%	6.08%
2. อัตราการได้รับยาตามมาตรฐาน GDMT	100%	100%
3. ร้อยละเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	90%	94.77%
4. ร้อยละคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเฉลี่ยของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	90%	92.47%
5. ร้อยละความร่วมมือในการรับประทานยาที่ถูกต้อง (Drug Adherence) ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	90%	97.52%

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติที่ให้การสนับสนุนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในระยะเปลี่ยนผ่านด้วย SPIN TUH รวมถึงคณะกรรมการพิจารณารางวัลด้าน Service Excellence ที่ให้เกียรติและเห็นคุณค่าของผลงานนวัตกรรมการพยาบาลชิ้นนี้

ขอขอบคุณทีมสหสาขาวิชาชีพ และบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่มีส่วนร่วมในการวางแผน ดำเนินการ และติดตามการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนขอขอบคุณผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและครอบครัวที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี อันเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. Savarese G, Lund LH. Global public health burden of heart failure. Card Fail Rev. 2017;3(1):7–11.
2. Jencks SF, Williams MV, Coleman EA. Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program. N Engl J Med. 2009;360(14):1418–1428.
3. Branch LG, Coustasse A, Slater L, Miller E.Transitional care interventions for patients with heart failure: effects on hospital readmission and quality of life. J Cardiovasc Nurs.2024;39(2):145–153.
4. Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D, et al. 2022 AHA/ACC/HFSA guideline for the management of heart failure. Circulation. 2022;145 (18) :e895–e1032.
5. Writing Committee Members, Yancy CW, Jessup M, et al. 2017 ACC/AHA/HFSA focused update of the 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure. J Am Coll Cardiol. 2017;70(6):776–803.
6. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, et al. 2021 ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and

chronic heart failure. Eur Heart J. 2021;42(36):3599–3726.

7. Coleman EA, Boult C. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. J Am Geriatr Soc. 2003;51(4):556–557.