



ภาคผนวก

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ภาคผนวก ก

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เอกสารรับรองโครงการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



สำนักงานจริยธรรมการวิจัย
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

AF 04-021



เอกสารเลขที่ 106/2017

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

ชื่อคณะกรรมการ : คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ที่อยู่ : เลขที่ 110 ถนนอินทวิโรต ตำนลศรีภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200

ชื่อเรื่องโครงการวิจัยเพื่อปริญญานิพนธ์ (ภาษาไทย) การพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล หอผู้ป่วย
หนักคัดแยกหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

(ภาษาอังกฤษ) Quality Improvement of Nursing Handover, Cardiothoracic Intensive Care Unit,
Buddhachinaraj Phisanulok Hospital

เลขที่โครงการ : 098 - 2560 ; รหัสโครงการ : EXP- 059 - 2560

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัยเพื่อปริญญานิพนธ์ : นางสาวพิมพ์กษมา ศรีชาติธนวัต

สาขาวิชา : การบริหารการพยาบาล แผนก ช. ภาควิชา

สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผู้ให้ทุนวิจัย : (ถ้ามี).....

เอกสารที่รับรอง	ฉบับที่รับรอง
โครงการวิจัย	ฉบับที่ 2 วันที่ 30 มิถุนายน 2560
เอกสารคำชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร	ฉบับที่ 2 วันที่ 30 มิถุนายน 2560
เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย	ฉบับที่ 1 วันที่ 13 มิถุนายน 2560
เครื่องมือวิจัย	ฉบับที่ 2 วันที่ 30 มิถุนายน 2560
อัตรประวัติหัวหน้าโครงการ	ฉบับที่ 1 วันที่ 13 มิถุนายน 2560
เอกสารประชาสัมพันธ์	-

กระบวนการพิจารณาโครงการวิจัย: กระบวนการทบทวนแบบเร่งด่วน (Expedited Review) ประจำเดือนมิถุนายน
พ.ศ. 2560

ผลการพิจารณา : คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ได้พิจารณาแล้ว มีมติเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัยในขอบเขตที่
เสนอได้

อนุมัติ ณ วันที่ 11 เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2560 มีผลถึงวันที่ 10 เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2561



สำนักงานจริยธรรมการวิจัย
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

AF 04-021

กำหนดส่งรายงานความก้าวหน้าของการวิจัย

- [] ทุก 3 เดือน
[] ทุก 6 เดือน
[✓] ทุกปี (ในกรณีนี้โปรดยื่นอย่างน้อย 60 วัน ก่อนวันหมดอายุใบรับรอง)

คณะกรรมการฯ ชุดนี้จัดตั้งและดำเนินการตาม GCPs และแนวทางจริยธรรมสากล กฎหมายและข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง

ลงชื่อ :


(ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ลงชื่อ :


(ศาสตราจารย์ ดร.วิภาดา คุณาวิทีกุล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

การปฏิบัติหลังจากรับรอง

1. หากจะแก้ไขเปลี่ยนแปลงในข้อมูลสำหรับผู้ป่วย/อาสาสมัคร หรือเอกสารยินยอมหรือโครงการวิจัย ต้องขออนุมัติก่อนเว้นแต่ว่าเป็นเรื่องเร่งด่วนเพื่อสวัสดิภาพของอาสาสมัคร
2. หากมีข้อมูลใหม่หรือเหตุการณ์ใด ๆ ที่อาจมีผลต่ออัตราส่วนระหว่างผลประโยชน์ความเสี่ยงของการศึกษาวิจัย ให้รายงานต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโดยเร็ว
3. การเบี่ยงเบนฝ่าฝืนโครงการวิจัย ต้องแจ้งคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยทุกครั้ง
4. ขอส่งรายงานผลการวิจัยเมื่อสิ้นสุดโครงการ
5. หากใกล้ระยะสิ้นสุดการอนุมัติแล้ว แต่ผู้วิจัยยังดำเนินการไม่แล้วเสร็จ กรุณาส่งรายงานความก้าวหน้าโครงการวิจัย พร้อมบันทึกขอขยายเวลา โดยระบุเหตุผลความจำเป็นในการขยายเวลา พร้อมทั้งระยะเวลาที่ขอขยาย ทั้งนี้จะต้องดำเนินการก่อนที่จะสิ้นสุดระยะเวลาการอนุมัติตามที่ระบุในเอกสารรับรองอย่างน้อย 2 เดือน

เอกสารรับรองโครงการวิจัย โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก



IRB No. 086/ 60

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
90 ถนนศรีธรรมไตรปิฎก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH – GCP)

ชื่อโครงการ : การพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

ชื่อหัวหน้าโครงการ : นางสาวพิมพ์กษมา ศรีชาติธนวัต

เลขที่โครงการวิจัย/รหัส :

สังกัดหน่วยงาน : หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

วิธีทบทวน : แบบเร่งรัด (Expedited Review)

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง : 1.แบบเสนอโครงการวิจัย
2.โครงร่างวิจัยฉบับสมบูรณ์
3.เอกสารชี้แจงข้อมูล
4.หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
5.แบบสอบถาม

วันที่รับรอง : 21 สิงหาคม 2560

วันหมดอายุ : 20 สิงหาคม 2561

ลงนาม.....

(เภสัชกรหญิงนภวรรณ เจียรพิทพงศ์)

รองประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ปฏิบัติการแทน

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

ภาคผนวก ข

เอกสารข้อมูลสำหรับอาสาสมัครโครงการวิจัย

เอกสารข้อมูลสำหรับอาสาสมัครโครงการวิจัย

(ทีมพัฒนาคุณภาพ)

การพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก
โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

ทีมผู้วิจัย: นางสาวพิมพ์กษมา ศรีชาติธนวัต

สถาบัน: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

แหล่งทุนวิจัย: ไม่มี

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ เนื่องจากท่านมีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 10 ปี ในทีมประกันคุณภาพ หรือทีมวิชาการของโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โครงการวิจัยนี้จะคัดเลือกผู้ที่เหมาะสมเข้าร่วมทีมพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล เป็นจำนวนทั้งสิ้น 2 คน จาก กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้หรือไม่ โปรดใช้เวลาในการอ่านเอกสารฉบับนี้ ซึ่งจะช่วยให้ท่านเข้าใจสิ่งต่างๆ ที่ท่านจะมีส่วนร่วมในโครงการ และหากมีข้อสงสัยโปรดซักถามผู้วิจัยหรือนำไปปรึกษาผู้ใกล้ชิด ผู้วิจัยขอเน้นว่าการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของท่าน (ดูกรอบที่ 1) หากท่านไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการจะไม่มีผลใดๆ ต่อการทำงาน หรือสิทธิที่ท่านได้รับอยู่

กรอบที่ 1 การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของท่าน

- ท่านสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ได้
- ท่านสามารถถอนตัว (ถอนความยินยอม) จากโครงการนี้เมื่อใดก็ได้

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา

เนื่องจากหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยแบบองค์รวม ตามมาตรฐานวิชาชีพ ตอบสนองต่อความถูกต้องของชีวิต ให้บริการเชิงรุก เพื่อการเข้าถึงบริการผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาลในการให้บริการที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน และผู้ป่วยปลอดภัย จึงมีแผนพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง จากรายงานอุบัติการณ์ของหอผู้ป่วยในปีที่ผ่านมา พบอุบัติการณ์ที่เกิดจากการรับส่งเวรทางการพยาบาล และจากการวิเคราะห์พบว่า การรับส่งเวรในหน่วยงานยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน และการปฏิบัติไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ซึ่งหากดำเนินการรับส่งเวรได้อย่างมีคุณภาพ ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องและปลอดภัย และลดอุบัติการณ์ที่เกิดจากการรับส่งเวรทางการพยาบาล ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล โดยใช้แนวทางสื่อสารตามแบบ SBAR และใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง FOCUS-PDCA เพื่อให้การรับส่งเวรทางการพยาบาลมีประสิทธิภาพ โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โดยใช้การสื่อสารแบบ SBAR ร่วมกับใช้แนวคิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง FOCUS-PDCA

กรอบที่ 2 รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพัฒนา (Development study) เพื่อพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

การศึกษานี้ใช้ระยะเวลาประมาณ 12 สัปดาห์ หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมโครงการนี้ มีขั้นตอนที่อาสาสมัครต้องปฏิบัติ ดังที่ผู้วิจัยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามตารางการศึกษา (ดู กรอบที่ 3)

กรอบที่ 3 ตารางการศึกษา

1. ท่านจะได้รับคำอธิบายบทบาทหน้าที่ของทีมพัฒนาคุณภาพจากผู้ศึกษา และร่วมวางแผนงานเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลของผู้ป่วย
2. ประชุมร่วมกับทีมผู้ปฏิบัติการรับส่งเวรครั้งที่ 1 ระดมสมอง โดยใช้เวลา 1 ชั่วโมง เพื่อทำความเข้าใจกระบวนการรับส่งเวรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติในปัจจุบันของหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โดยจะใช้ผังการไหลของกระบวนการรับส่งเวรทางการพยาบาล (Flow chart) เป็นเครื่องมือในการสร้างความกระจ่าง
3. ประชุมร่วมกับทีมผู้ปฏิบัติการรับส่งเวรครั้งที่ 2 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง เพื่อระดมสมองเกี่ยวกับปัญหา สาเหตุที่ทำให้เกิดความผิดพลาดจากการรับส่งเวร และใช้ผังก้างปลาในการวิเคราะห์หาสาเหตุ
4. ประชุมร่วมกับทีมผู้ปฏิบัติการรับส่งเวรครั้งที่ 3 ประชุม 2 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 45 นาที เสนอปัญหาและสาเหตุที่เกิดความบกพร่องจากการรับส่งเวรตามแผนผังก้างปลาประกอบ จัดลำดับความสำคัญของปัญหาและความเป็นไปได้ในการแก้ไข โดยใช้วิธีการลงความเห็น เพื่อหาข้อสรุปและเลือกวิธีการปรับปรุงกระบวนการรับส่งเวรที่เหมาะสมกับหน่วยงาน
5. ร่วมวางแผนเกี่ยวกับการจัดทำคู่มือหรือแนวทางการรับส่งเวร หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โดยจะใช้แผนภูมิแกนต์ในการกำหนดระยะเวลา ขั้นตอน และผู้รับผิดชอบ
6. ร่วมให้ความรู้ในการรับส่งเวรทางการพยาบาลแก่พยาบาลทีมผู้ปฏิบัติการรับส่งเวร เกี่ยวกับการนำคู่มือรับส่งเวรทางการพยาบาลรูปแบบ SBAR ไปปฏิบัติ เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อม ใช้ จะคิดแนวทางปฏิบัติให้เห็นได้ง่าย อธิบายวัตถุประสงค์และวิธีปฏิบัติแก่ผู้ปฏิบัติให้ครบทุกคน เพื่อสร้างความเข้าใจ เกิดความร่วมมือในการพัฒนา และทดลองปฏิบัติ โดยในระหว่างที่มีการทดลองปฏิบัติ ท่านจะคอยให้คำปรึกษาแนะนำให้ผู้ปฏิบัติได้มีความมั่นใจ และปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง เป็นเวลา 2 สัปดาห์
7. ท่านจะทำการตรวจสอบการปฏิบัติตามคู่มือการรับส่งเวรทางการพยาบาลที่กำหนดขึ้น พร้อมกับร่วมสังเกตการปฏิบัติการรับส่งเวรทางการพยาบาล ตามแนวทางในคู่มือที่กำหนดขึ้น

8. ติดตามปัญหาอุปสรรคในการนำแนวทางการรับส่งเวรไปใช้ นำมาแก้ไข และนำกลับไปใช้กับกลุ่มเป้าหมาย เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ หลังจากนั้นประชุมร่วมกัน ถึงการนำแนวทางการรับส่งเวรไปกำหนดเป็นแนวปฏิบัติ ในการรับส่งเวรทางการพยาบาล หอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ผู้ศึกษาจะสอบถามปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาคุณภาพ และจะประเมินแบบบันทึกอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นทุกวันหลังสิ้นสุดเวรเช้า ความพึงพอใจต่อการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรโดยใช้เครื่องมือที่ผู้ศึกษาได้สร้างขึ้น หากภายหลังการดำเนินการพัฒนาครั้งแรก พบว่าผลการศึกษานุเคราะห์สามารถปฏิบัติตามแนวทางได้ถูกต้องครบถ้วนมากกว่าร้อยละ 80 ให้กำหนดเป็นแนวปฏิบัติในการรับส่งเวรทางการพยาบาล หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ได้ แต่ถ้าผลการศึกษาพบว่า นุเคราะห์ปฏิบัติได้ถูกต้องครบถ้วนน้อยกว่า ร้อยละ 80 ทีมพัฒนาและกลุ่มเป้าหมายจะประชุมร่วมกัน เพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุและดำเนินการตามแนวทางที่ได้แก้ไขปรับปรุง หมุนเวียนเป็นวงล้อ เพื่อให้การดำเนินการสำเร็จตามเป้าหมายที่ผู้ศึกษาได้กำหนดไว้

ผู้วิจัยได้สรุปความเสี่ยงและประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ไว้ใน **กรอบที่ 4**

กรอบที่ 4 ความเสี่ยงและประโยชน์ที่จะคาดว่าจะได้รับจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้

ความเสี่ยงและวิธีการลดหรือหลีกเลี่ยงความเสี่ยง	ประโยชน์
โครงการศึกษานี้เป็นการเข้าร่วมประชุมกลุ่มเพื่อสัมภาษณ์ข้อมูลเกี่ยวกับการรับส่งเวรทางการพยาบาล คำถามบางข้ออาจทำให้ท่านเครียดหรือรู้สึกอึดอัดใจ หากเกิดภาวะเช่นนี้ขอให้ท่านแจ้งให้ทราบ และท่านสามารถข้ามคำถามนี้ไปโดยไม่ถามต่อได้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลาและท่านสามารถเลือกเข้าร่วม หรือไม่เข้าร่วมโครงการหรือถอนตัวจากการเข้าร่วม	โครงการศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาเพื่อปริญา ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ต่อสุขภาพของท่านโดยตรง แต่ข้อมูลที่ได้หลังโครงการศึกษานี้เสร็จสิ้นจะเป็นประโยชน์ต่อทั้งพยาบาล และผู้ป่วยในอนาคต โดยความรู้ที่ได้จากการศึกษานี้ จะเป็นแนวปฏิบัติที่มีประโยชน์ต่อบุคลากรทางการพยาบาล เพื่อใช้ในการรับส่งเวรทางการพยาบาล และส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ และต่อเนื่อง

กรอบที่ 4 (ต่อ)	
ความเสี่ยงและวิธีการลดหรือหลีกเลี่ยงความเสี่ยง	ประโยชน์
โครงการเมื่อใดก็ได้ โดยไม่สูญเสียประโยชน์ใดๆ หรือไม่มีผลใดๆ ต่อการประเมินผลการปฏิบัติงานของท่าน ท่านจะไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ไม่มีค่าตอบแทนหรือของกำนัลใดๆ สำหรับอาสาสมัคร ผู้ศึกษาจะทำการบันทึกข้อมูลทุกอย่างที่เก็บรวบรวมได้ไว้เป็นความลับ โดยการใส่รหัสแทนชื่อ และจะนำเสนอผลการศึกษาเป็นภาพรวมโดยไม่ระบุตัวผู้ให้ข้อมูล และข้อมูลจะถูกทำลายทิ้งทันทีภายหลังสิ้นสุดการศึกษา	

ผู้วิจัยสรุปแนวทางการปฏิบัติหรือการดูแลต่อสถานการณ์ต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการศึกษาไว้ใน **กรอบที่ 5**

กรอบที่ 5 สถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการศึกษา	
สถานการณ์	แนวทางการปฏิบัติ
หากท่านถอนความยินยอมระหว่างการศึกษา	ท่านมีอิสระที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการศึกษาโดยบอกกับผู้ให้ข้อมูลแก่ท่าน หรือระหว่างการศึกษาสามารถแจ้งขอถอนตัวออกจากโครงการศึกษาได้ โดยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อตัวท่าน

ข้อมูลของท่านที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยการใส่รหัสแทนชื่อ และไม่ระบุตัวผู้ให้ข้อมูล และข้อมูลจะถูกทำลายทิ้งทันทีภายหลังสิ้นสุดการศึกษา การนำเสนอผลของการศึกษาในที่ประชุมหรือวารสารวิชาการจะไม่มีการระบุชื่อของท่าน อย่างไรก็ตาม คณะกรรมการจริยธรรม ผู้มีอำนาจในการกำกับดูแลการวิจัย และบุคลากรจากองค์การอาหารและยา จะสามารถเข้าถึงข้อมูลของท่านได้ เพื่อตรวจสอบข้อมูลและขั้นตอนการวิจัย ท่านมีสิทธิตามกฎหมายที่จะขอข้อมูลส่วนตัวของท่าน หากท่านต้องการใช้สิทธิดังกล่าว กรุณาแจ้งให้ข้าพเจ้า ได้ทราบ และสิทธิประโยชน์อันเกิดจากผลการศึกษาให้เป็นไปตามระเบียบข้อบังคับของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ไม่มีค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมโครงการ และในโครงการศึกษานี้ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น หากท่านมีข้อสงสัยเกิดขึ้นก่อนหรือระหว่างเข้าร่วมการศึกษา ท่านสามารถสอบถามได้ที่บุคคลในกรอบที่ 6

กรอบที่ 6 บุคคลที่ท่านสามารถติดต่อเพื่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม

1. นางสาวพิมพ์กษมา ศรีชาติธนวัด ผู้ศึกษา หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก หมายเลขโทรศัพท์ 08 1888 3988 และ 055-270300 (ในเวลาราชการ)
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภิรดี นันทสุภวัฒน์ อาจารย์ที่ปรึกษา กลุ่มวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หมายเลขโทรศัพท์ 053-945021 (ในเวลาราชการ)

หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับสิทธิของท่านก่อนหรือระหว่างเข้าร่วมโครงการท่านสามารถติดต่อได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โทร. 0 5393 6080 (เวลาราชการ) หรือ โทรสาร 0 5389 4170

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

เอกสารข้อมูลสำหรับอาสาสมัครโครงการวิจัย

(ทีมปฏิบัติการ)

การพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก
โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

ทีมผู้วิจัย: นางสาวพิมพ์กษมา ศรีชาติธนวัต

สถาบัน: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

แหล่งทุนวิจัย: ไม่มี

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ เนื่องจากท่านเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ และทำหน้าที่รับส่งเวรทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โครงการวิจัยนี้จะคัดเลือกผู้ที่เหมาะสมเข้าร่วมทีมปฏิบัติการรับส่งเวรทางการพยาบาล เป็นจำนวนทั้งสิ้น 18 คน จาก หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้หรือไม่ โปรดใช้เวลาในการอ่านเอกสารฉบับนี้ ซึ่งจะช่วยให้ท่านเข้าใจสิ่งต่างๆ ที่ท่านจะมีส่วนร่วมในโครงการ และหากมีข้อสงสัยโปรดซักถามผู้วิจัยหรือนำไปปรึกษาผู้ใกล้ชิด ผู้วิจัยขอเน้นว่าการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของท่าน (ดูกรอบที่ 1) หากท่านไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการจะไม่มีผลใดๆ ต่อการทำงาน หรือสิทธิที่ท่านได้รับอยู่

กรอบที่ 1 การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของท่าน

- ท่านสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ได้
- ท่านสามารถถอนตัว (ถอนความยินยอม) จากโครงการนี้เมื่อใดก็ได้

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา

เนื่องจากหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยแบบองค์รวมตามมาตรฐานวิชาชีพ ตอบสนองต่อความคุกคามของชีวิต ให้บริการเชิงรุก เพื่อการเข้าถึงบริการผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาลในการให้บริการที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน และผู้ป่วยปลอดภัย จึงมีแผนพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง จากรายงานอุบัติการณ์ของหอผู้ป่วยในปีที่ผ่านมา พบอุบัติการณ์ที่เกิดจากการรับส่งเวรทางการพยาบาล และจาก

การวิเคราะห์พบว่า การรับส่งเวรในหน่วยงานยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน และการปฏิบัติไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ซึ่งหากดำเนินการรับส่งเวรได้อย่างมีคุณภาพ ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องและปลอดภัย และลดอุบัติเหตุที่เกิดจากการรับส่งเวรทางการพยาบาล ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล โดยใช้แนวทางสื่อสารตามแบบ SBAR และใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง FOCUS-PDCA เพื่อให้การรับส่งเวรทางการพยาบาลมีประสิทธิภาพ

โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล หอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โดยใช้การสื่อสารแบบ SBAR ร่วมกับใช้แนวคิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง FOCUS-PDCA

กรอบที่ 2 รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพัฒนา (Development study) เพื่อพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล หอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

การศึกษานี้ใช้ระยะเวลาประมาณ 12 สัปดาห์ หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมโครงการนี้ มีขั้นตอนที่อาสาสมัครต้องปฏิบัติ ผู้วิจัยขอให้ท่านปฏิบัติตามตารางการศึกษา (ดู กรอบที่ 3)

กรอบที่ 3 ตารางการศึกษา

ผู้ศึกษาจะดำเนินการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล หอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โดยใช้แนวคิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง FOCUS-PDCA ซึ่งมีขั้นตอน ดังนี้

1. ท่านจะได้รับการสัมภาษณ์เกี่ยวกับสภาพการรับส่งเวรที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน และความต้องการที่จะพัฒนา
2. ท่านจะมีส่วนร่วมวางแผนงานในการพัฒนาคุณภาพในการรับส่งเวรทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก
3. ทีมพัฒนาจะประชุมร่วมกับท่านครั้งที่ 1 โดยใช้เวลา 1 ชั่วโมง ในเรื่องกระบวนการรับส่งเวรที่ปฏิบัติในปัจจุบันของหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โดยจะใช้ผังการไหลของกระบวนการรับส่งเวรทางการพยาบาล (Flow chart)
4. ทีมพัฒนาจะประชุมร่วมกับท่านครั้งที่ 2 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง เพื่อระดมสมองให้ท่านได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหา สาเหตุที่ทำให้เกิดความผิดพลาดจากการรับส่งเวร และใช้ผังก้างปลาในการวิเคราะห์หาสาเหตุ

5. ทีมพัฒนาจะประชุมร่วมกับท่านครั้งที่ 3 จำนวน 2 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 45 นาที โดยจะนำปัญหาและสาเหตุที่เกิดความบกพร่องจากการรับส่งเวรตามแผนผังก้างปลา นามารจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและความเป็นไปได้ในการแก้ไข โดยใช้วิธีการลงความเห็น เพื่อหาข้อสรุป และเลือกวิธีการปรับปรุงกระบวนการรับส่งเวรที่เหมาะสมกับหน่วยงาน

6. ทีมพัฒนาจะวางแผนเกี่ยวกับการจัดทำคู่มือหรือแนวทางการรับส่งเวร หอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โดยจะใช้แผนภูมิแกนต์ในการกำหนดระยะเวลา ขั้นตอน และผู้รับผิดชอบ และจะแจ้งให้ท่านได้รับทราบ

7. ทีมพัฒนาจะให้ความรู้แก่ท่าน ในการนำคู่มือการรับส่งเวรทางการพยาบาลรูปแบบ SBAR ไปปฏิบัติ เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมใช้ โดยจะคิดแนวทางปฏิบัติให้เห็นได้ง่าย ท่านจะได้รับการอธิบายวัตถุประสงค์และวิธีปฏิบัติ เพื่อสร้างความเข้าใจ และจะให้มีการทดลองปฏิบัติ โดยในระหว่างที่มีการทดลองปฏิบัติ ทีมพัฒนาจะคอยให้คำปรึกษาแนะนำท่านเพื่อให้เกิดความมั่นใจ และปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง เป็นเวลา 2 สัปดาห์

8. ทีมพัฒนาจะทำการตรวจสอบการปฏิบัติตามคู่มือการรับส่งเวรทางการพยาบาลที่กำหนดขึ้น พร้อมกับการสังเกตแบบมีส่วนร่วมของท่าน ในการปฏิบัติการรับส่งเวรทางการพยาบาล ตามแนวทางในคู่มือที่กำหนดขึ้น

9. จะมีการติดตามปัญหาอุปสรรคของในการใช้แนวทางการรับส่งเวร นามารแก้ไข และนำกลับไปใช้กับท่านเป็นเวลา 2 สัปดาห์ จากนั้นจะมีการประชุมร่วมกับท่านเกี่ยวกับการนำแนวทางการรับส่งเวรไปกำหนดเป็นแนวปฏิบัติในการรับส่งเวรทางการพยาบาล หอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ท่านจะได้รับการสอบถามปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาคุณภาพ และจะให้ท่านมีส่วนร่วมในการประเมินแบบบันทึกอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นทุกวันหลังสิ้นสุดเวรเช้า และความพึงพอใจต่อการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวร โดยใช้เครื่องมือที่ผู้ศึกษาได้สร้างขึ้น หากภายหลังการดำเนินการพัฒนาครั้งแรก พบว่าผลการศึกษานักลากรสามารถปฏิบัติตามแนวทางได้ถูกต้องครบถ้วนมากกว่าร้อยละ 80 ให้กำหนดเป็นแนวปฏิบัติในการรับส่งเวรทางการพยาบาล หอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ได้ แต่ถ้าผลการศึกษาพบว่า นักลากรปฏิบัติได้ถูกต้องครบถ้วนน้อยกว่าร้อยละ 80 ทีมพัฒนาและท่านจะประชุมร่วมกัน เพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุและดำเนินการตามแนวทางที่ได้แก้ไขปรับปรุง หมุนเวียนเป็นวงล้อ เพื่อให้การดำเนินการสำเร็จตามเป้าหมายที่ผู้ศึกษาได้กำหนดไว้

ผู้วิจัยได้สรุปความเสี่ยงและประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ไว้ใน **กรอบที่ 4**

กรอบที่ 4 ความเสี่ยงและประโยชน์ที่จะคาดว่าจะได้รับจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้	
ความเสี่ยงและวิธีการลดหรือหลีกเลี่ยงความเสี่ยง	ประโยชน์
โครงการศึกษานี้เป็นการเข้าร่วมประชุมกลุ่มเพื่อร่วมแสดงความคิดเห็นในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับส่งเวรทางการพยาบาล คำถามบางข้ออาจทำให้ท่านเครียดหรือรู้สึกไม่สบายใจ หากเกิดภาวะเช่นนี้ ขอให้ท่านแจ้งให้ทราบและผู้ศึกษาจะหยุดพักจนกว่าท่านจะรู้สึกดีขึ้น หรือท่านสามารถข้ามคำถามนี้ไปโดยไม่ตอบก็ได้ และท่านสามารถเลือกเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมโครงการ หรือถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการเมื่อใดก็ได้ โดยไม่สูญเสียประโยชน์ใดๆ หรือไม่มีผลใดๆ ต่อการประเมินผลการปฏิบัติงานของท่าน ผู้ศึกษาจะทำการบันทึกข้อมูลทุกอย่างที่เก็บรวบรวมได้ไว้เป็นความลับ โดยการใส่รหัสแทนชื่อ และจะนำเสนอผลการศึกษาเป็นภาพรวม โดยไม่ระบุตัวผู้ให้ข้อมูล และข้อมูลจะถูกทำลายทิ้งทันทีภายหลังสิ้นสุดการศึกษา	โครงการศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาเพื่อปริญญา ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ต่อสุขภาพของท่านโดยตรง แต่ข้อมูลที่ได้หลังโครงการศึกษานี้เสร็จสิ้นจะเป็นประโยชน์ต่อทั้งพยาบาล และผู้ป่วยในอนาคต โดยความรู้ที่ได้จากการศึกษานี้ จะเป็นแนวปฏิบัติที่มีประโยชน์ต่อบุคลากรทางการพยาบาล เพื่อใช้ในการรับส่งเวรทางการพยาบาล และส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ และต่อเนื่อง

ผู้วิจัยสรุปแนวทางการปฏิบัติหรือการดูแลต่อสถานการณ์ต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการศึกษานี้ไว้ใน **กรอบที่ 5**

กรอบที่ 5 สถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการศึกษา

สถานการณ์	แนวทางการปฏิบัติ
หากท่านถอนความยินยอมระหว่างการศึกษา	ท่านมีอิสระที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการศึกษาโดยบอกกับผู้ให้ข้อมูลแก่ท่าน หรือระหว่างการศึกษาสามารถแจ้งขอถอนตัวออกจากโครงการศึกษาได้ โดยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อตัวท่าน

ข้อมูลของท่านที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยการใส่รหัสแทนชื่อ และไม่ระบุตัวผู้ให้ข้อมูล และข้อมูลจะถูกทำลายทิ้งทันทีภายหลังสิ้นสุดการศึกษา การนำเสนอผลของการศึกษาในที่ประชุมหรือวารสารวิชาการจะไม่มีการระบุชื่อของท่าน อย่างไรก็ตาม ท่านมีสิทธิตามกฎหมายที่จะขอข้อมูลส่วนตัวของท่าน หากท่านต้องการใช้สิทธิดังกล่าว กรุณาแจ้งให้ข้าพเจ้า ได้ทราบ และสิทธิประโยชน์อันเกิดจากผลการศึกษาให้เป็นไปตามระเบียบข้อบังคับของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ไม่มีค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมโครงการ และในโครงการศึกษานี้ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น หากท่านมีข้อสงสัยเกิดขึ้นก่อนหรือระหว่างเข้าร่วมการศึกษา ท่านสามารถสอบถามได้ที่บุคคลในกรอบที่ 6

กรอบที่ 6 บุคคลที่ท่านสามารถติดต่อเพื่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม

1. นางสาวพิมพ์กษมา ศรีชาติธนวัต ผู้ศึกษา หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก หมายเลขโทรศัพท์ 08 1888 3988 และ 055-270300 (ในเวลาราชการ)
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภิรดี นันทคุฏวณิช อาจารย์ที่ปรึกษา กลุ่มวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หมายเลขโทรศัพท์ 053-945021 (ในเวลาราชการ)

หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับสิทธิของท่านก่อนหรือระหว่างเข้าร่วมโครงการท่านสามารถติดต่อได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โทร. 0 5393 6080 (เวลาราชการ) หรือ โทรสาร 0 5389 4170

ภาคผนวก ค

เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย	
ข้าพเจ้าได้อ่านข้อมูลข้างต้นอย่างละเอียดแล้ว และมีโอกาสซักถามข้อสงสัยต่างๆจนเป็นที่พอใจแล้ว ข้าพเจ้าสมัครใจที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้โดยลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานประกอบการตัดสินใจ(ทั้งนี้การลงลายมือชื่อนี้ข้าพเจ้าไม่ได้สละสิทธิ์ใดๆ ที่ข้าพเจ้าพึงมีตามกฎหมาย)	ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยได้รับโอกาสในการซักถามและทุกข้อสงสัยได้รับการอธิบายอย่างถูกต้องชัดเจนแล้ว ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ
_____ ชื่อผู้ยินยอมเข้าร่วม โครงการวิจัย	_____ ชื่อผู้ขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
_____ ลายเซ็นผู้ยินยอมเข้าร่วม โครงการวิจัย	_____ ลายเซ็นผู้ขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
_____ วัน/เดือน/ปี	_____ วัน/เดือน/ปี

ภาคผนวก ง

บทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบของทีมพัฒนาคุณภาพ

การพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล โดยใช้แนวคิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง FOCUS-PDCA โดยผู้ศึกษาดำเนินการในขั้นตอน F คือค้นหากระบวนการที่ต้องการปรับปรุง และ O คือสร้างทีมงานที่รู้เกี่ยวกับกระบวนการที่ต้องการจะปรับปรุง จากนั้นแต่งตั้งทีมพัฒนา โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษา รวมถึงอธิบายบทบาทหน้าที่ของทีมพัฒนา ในการพัฒนาคุณภาพในการรับส่งเวรในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนตามแนวคิด FOCUS-PDCA	บทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบ
C คือ ทำความเข้าใจกระบวนการทำงานที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน	1. ประชุมครั้งที่ 1 ร่วมกับทีมผู้ปฏิบัติการรับส่งเวรระดมสมอง โดยใช้เวลา 1 ชั่วโมง 2. ทีมพัฒนาคนที่ 1 ชี้แจงและกระตุ้นให้กลุ่มได้ทบทวนกระบวนการรับส่งเวรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติจริงในปัจจุบันของหอผู้ป่วย 3. ทีมพัฒนาคนที่ 2 ทำการจดบันทึกความคิดเห็นของทีมปฏิบัติ 4. ร่วมกันสรุปมติที่ประชุมในเรื่องผังการไหลของกระบวนการรับส่งเวรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติจริงในปัจจุบันของหอผู้ป่วย
U คือ ทำความเข้าใจในสาเหตุความแปรปรวนกระบวนการ	1. ประชุมครั้งที่ 2 ร่วมกับทีมปฏิบัติระดมสมอง 2. ทีมพัฒนาคนที่ 1 กระตุ้นให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการปัญหา สาเหตุที่ทำให้เกิดความผิดพลาดในการรับส่งเวร โดยใช้แนวคำถามปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะเป็นแนวทางแก้ไขปัญหาการรับส่งเวร 3. ทีมพัฒนาคนที่ 2 จดบันทึกและสรุปความคิดเห็นในการวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาการรับส่งเวร โดยใช้แผนภูมิแกงปลา

ขั้นตอนตามแนวคิด FOCUS-PDCA	บทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบ
S คือ เลือกกระบวนการที่ต้องการปรับปรุง	1. ประชุมครั้งที่ 3 ร่วมกับทีมผู้ปฏิบัติ 2. ทีมพัฒนาคนที่ 1 เสนอปัญหาและสาเหตุให้ การรับส่งเวรไม่มีประสิทธิภาพ โดยใช้แผนภูมิ ก้างปลา กระตุ้นให้ทีมร่วมจัดลำดับความสำคัญ และความเป็นได้ในการแก้ไข 3. ทีมพัฒนาคนที่ 2 ทำการจดบันทึกความคิดเห็น ของทีมปฏิบัติ 4. ร่วมกันสรุปมติที่ประชุมในการเลือกแนวทางการแก้ไขปัญหาการรับส่งเวร
P คือ วางแผนในการปรับปรุง	1. ประชุมครั้งที่ 4 ร่วมกับทีมพัฒนาวางแผน เกี่ยวกับการจัดทำคู่มือในการรับส่งเวรทางการ พยาบาล หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช 2. ร่วมจัดทำคู่มือในการรับส่งเวรทางการพยาบาล และแบบฟอร์มที่ใช้ในการรับส่งเวรทางการพยาบาล ตามแนวทางการสื่อสารแบบ SBAR
D คือ ลงมือปฏิบัติตามแผน	1. ประชุมครั้งที่ 5 ร่วมกับทีมปฏิบัติในการรับฟัง ความรู้ สาธิต แนะนำการใช้แบบฟอร์มที่ใช้ใน การรับส่งเวรทางการพยาบาล แบบ SBAR 2. ทีมพัฒนาคนที่ 1 ร่วมแนะนำ อธิบายเพิ่มเติม ในการใช้แนวทางการรับส่งเวรแบบ SBAR 3. ทีมพัฒนาคนที่ 2 ร่วมกับผู้ศึกษาในการให้ ความรู้เกี่ยวกับการใช้คู่มือการรับส่งเวรทางการ พยาบาล โดยใช้ SBAR 4. ดัดตัวอย่างการรับส่งเวรทางการพยาบาล แบบ SBAR บริเวณเคาน์เตอร์พยาบาล 5. สาธิต แนะนำการใช้แบบฟอร์มการรับส่งเวร อธิบายในการทดลองแบบฟอร์ม 2 สัปดาห์

ภาคผนวก จ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

1. ปัจจุบันท่านอายุ..... ปี 2. เพศ.....
3. สถานการสมรส () โสด () สมรส () หม้าย () หย่า
4. ระดับการศึกษาสูงสุด () ปริญญาตรี () ปริญญาโท () ปริญญาเอก
5. ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก..... ปี
6. ประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการรับส่งเวรทางการพยาบาล () เคย () ไม่เคย

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจต่อการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล

คำชี้แจง โปรดเติมค่าลงในช่องว่าง และใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ โดยระดับความพึงพอใจ มีน้ำหนักคะแนน ดังนี้

- 5 = พึงพอใจมากที่สุด 4 = พึงพอใจมาก 3 = พึงพอใจปานกลาง
2 = พึงพอใจน้อย 1 = พึงพอใจน้อยที่สุด

รายการประเมิน	ระดับความพึงพอใจ				
	5	4	3	2	1
ความพึงพอใจของท่านต่อการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาล พุทธชินราช พิษณุโลก ระดับใด					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล

ท่านคิดว่ามีปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล ICU CVT อย่างไร

.....
.....

**แบบบันทึกอุบัติการณ์อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากการรับส่งเวรทางการพยาบาล
หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก**

คำชี้แจง เติมคำในช่องว่างเป็นรายงานอุบัติการณ์ผิดพลาดที่เกิดจากการรับส่งเวร

ระดับความรุนแรงของการเกิดอุบัติการณ์ แบ่งเป็น 9 ระดับ ดังนี้

- A ไม่มีความคลาดเคลื่อน แต่มีโอกาสที่จะก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อน
- B เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายยังไม่ถึงผู้มารับบริการ
- C เกิดความคลาดเคลื่อน แต่ไม่เป็นอันตรายถึงผู้รับบริการ
- D เกิดความคลาดเคลื่อน แต่ไม่เป็นอันตราย/ไม่ส่งผลเสียหาย แต่ต้องมีการเฝ้าระวังผู้รับบริการ
- E เกิดความคลาดเคลื่อน ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราวต่อผู้รับบริการ ต้องได้รับการรักษา/แก้ไข
- F เกิดความคลาดเคลื่อน เกิดอันตรายชั่วคราวต่อผู้รับบริการ ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น
- G เกิดความคลาดเคลื่อน เกิดอันตรายถาวรต่อผู้รับบริการ เครื่องมือ อุปกรณ์
- H เกิดความคลาดเคลื่อน เกิดอันตรายเกือบถึงชีวิตต่อผู้รับบริการ ต้องทำการช่วยชีวิต
- I เกิดความคลาดเคลื่อน เกิดอันตรายจนถึงชีวิตต่อผู้รับบริการ เกิดความเสียหายจนแก้ไขไม่ได้

วันเดือนปีที่เกิด อุบัติการณ์	เวลา	บันทึกเหตุการณ์ที่เกิดจากความ ผิดพลาดของการรับส่งเวร (บรรยายเหตุการณ์)	ระดับความ รุนแรง	หมายเหตุ

ภาคผนวก จ

แผนการดำเนินงานของทีมพัฒนาในการจัดทำคู่มือในการรับส่งเวร
หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก
โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

กิจกรรม/ ข้อเสนอแนะ	12 ต. ค. 60	13 ต.ค. 60	14 ต.ค. 60	15 ต.ค. 60	16 ต.ค. 60	17 ต.ค. 60	18 ต.ค. 60	19 ต.ค. 60	ผู้รับผิดชอบ
รวบรวมรายละเอียดความรู้ทั่วไป เกี่ยวกับการรับส่งเวรทางการ พยาบาล	←→								ทีมพัฒนา 2 คน
กำหนดบทบาทหน้าที่ และขั้นตอน การนำแนวทางการรับส่งเวรแบบ SBAR ตามแนวทางแก้ไขปัญหามา ได้จากการประชุมทีม		←→							ผู้ศึกษา
จัดทำแนวทางการรับส่งเวร ทางการพยาบาลโดยใช้การ สื่อสารแบบ SBAR				←→					ทีมพัฒนา 2 คน
จัดทำเอกสารการรับส่งเวร ทางการพยาบาลแบบ SBAR					←→				ทีมพัฒนา 2 คน
จัดทำตัวอย่างการรับส่งเวร ทางการพยาบาลแบบ SBAR ใน รายใหม่ และรายเก่า					←→				ทีมพัฒนา 2 คน
จัดทำแบบสังเกตการปฏิบัติการ รับส่งเวรแบบ SBAR เพื่อตรวจสอบ ความถูกต้องของเนื้อหา สอดคล้อง ตามแนวทางที่แก้ไข รวบรวม จัดสร้างเป็นคู่มือการรับส่งเวร ทางการพยาบาลที่สร้างขึ้น								←→	ผู้ศึกษา

ภาคผนวก ข

คู่มือการรับส่งเวรทางการพยาบาล

ความรู้เกี่ยวกับการรับส่งเวรทางการพยาบาล

ความหมายของการรับส่งเวรทางการพยาบาล

การรับส่งเวรทางการพยาบาล เป็นการสื่อสารข้อมูลทางสุขภาพของผู้ป่วย โดยพยาบาลวิชาชีพจากเวรหนึ่งสู่อีกเวรหนึ่ง ในช่วงระหว่างผลัดเปลี่ยนเวร ประกอบด้วยข้อมูลการดูแลผู้ป่วย และพยาบาลเวรถัดไปนำไปวางแผนการพยาบาล เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยปลอดภัย พึงพอใจทั้งผู้ร่วมงานและผู้รับบริการทุกคน ตลอดจนสัมพันธ์ภาพกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เป็นไปด้วยดี (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2551; Herceg, 2015; Hill & Nyce, 2010)

วัตถุประสงค์ของการรับส่งเวรทางการพยาบาล

วัตถุประสงค์ของการรับส่งเวรทางการพยาบาล มีดังนี้

1. เพื่อใช้ข้อมูลผู้ป่วย มาใช้ในการตัดสินใจด้านคลินิก และวางแผนการดูแลร่วมกันให้มีประสิทธิภาพในการการดูแลผู้ป่วย (Strople & Ottani, 2006)
2. เพื่อให้พยาบาลเวรต่อไปรับทราบข้อมูลผู้ป่วยครบถ้วน ถูกต้อง ผู้ป่วยได้รับการดูแลเหมาะสม ภายใต้ระยะเวลาสั้น กระชับ ทีมสหสาขาวิชาชีพและทีมพยาบาลพึงพอใจ (เสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ, 2552)
3. เพื่อผู้ส่งเวรและผู้รับเวรมีการปรึกษาและรับรู้ปัญหาพร้อมกันวางแผนแก้ไขปัญหาและสร้างความเข้าใจในการนำข้อมูลนั้นไปดูแลต่อเนื่องต่อไป (กุลวรี รัชต์เรืองนาม, 2553)

สรุปวัตถุประสงค์การรับส่งเวรคือ เพื่อทราบข้อมูลปัญหา ข้อวินิจฉัย การดูแลรักษาโดยการรับส่งข้อมูลของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วย นำมาวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล ร่วมปรึกษาและรับรู้ปัญหาพร้อมแก้ไขปัญหา ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลถูกต้อง ใช้เวลาอย่างเหมาะสม ทีมงานพึงพอใจ และนำข้อมูลไปดูแลต่อเนื่องได้

รูปแบบของการรับส่งเวรทางการพยาบาล

รูปแบบของการรับส่งเวรทางการพยาบาลแบ่งได้ดังต่อไปนี้ (Sexton et al., 2004)

1. การส่งเวรด้วยวาจา (Verbal handover) เป็นการสื่อสารโดยการพูด ลักษณะเป็นแบบผู้ส่งต่อข้อมูลเผชิญหน้า มีการสบตาระหว่างผู้ส่งเวรและผู้รับเวร สามารถซักถามข้อสงสัยขณะรับส่งเวร
2. การส่งเวรโดยการบันทึกเสียง (Tape recorded handover) เป็นการบันทึกเสียงการส่งเวรของพยาบาลวิชาชีพผู้ส่งเวรก่อนที่พยาบาลวิชาชีพผู้รับเวรจะมารับเวร โดยการเปิดขณะผู้รับเวรมารับเวรให้ฟังเสียงผู้ส่งเวร
3. การส่งเวรโดยการเขียนบันทึก (Written handover) เป็นการส่งเวรด้วยวิธีบันทึกข้อมูลประเด็นปัญหาการดูแลในรายงานไว้ให้ผู้มารับเวรอ่านบันทึกเอง
4. การส่งเวรข้างเตียงผู้ป่วย (Bedside handover) เป็นรูปแบบการส่งเวรที่ผู้ส่งเวรส่งข้อมูลบริเวณข้างเตียงผู้ป่วย และให้ทีมที่มารับช่วงดูแลต่อรับฟัง โดยใช้การส่งเวรแบบวาจาพร้อม
5. การส่งเวรโดยใช้คอมพิวเตอร์ (Computerized handover) เป็นการใช้เทคโนโลยีทางคอมพิวเตอร์มาบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยรายงานไว้เพื่อให้ผู้รับเวรมาอ่านต่อจากบันทึก

องค์ประกอบของการรับส่งเวรทางการพยาบาล

1. ผู้ส่งเวร คือพยาบาลผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยที่จะทำหน้าที่ในการส่งเวร ให้แก่พยาบาลที่มารับงานในผลัดต่อไป (Gage, 2013; O'Connell et al., 2008)
2. ผู้รับเวร หมายถึง พยาบาลรับส่งเวร เพื่อรับทราบข้อมูลการดูแลผู้ป่วยจากพยาบาลวิชาชีพผู้ดูแลในเวรก่อนหน้า (O'Connell et al., 2008)
3. ข้อมูลที่เป็นประเด็นในการรับส่งเวรเป็นการสื่อสารข้อมูลระหว่างพยาบาลผู้ส่งเวรและผู้รับเวร โดยให้ข้อมูลที่สำคัญและจำเป็นในการดูแลต่อเนื่อง สั้นกะทัดรัด ในการสื่อสารข้อมูลอาจต้องใช้เครื่องมือมาช่วยในการสื่อสาร เช่น SBAR (Situation, Background, Assessment และ Recommendation) APIE (Assessment, Planning,) Implementation, Evaluation) (วิจิตรา กุสุมภ์, 2553; Currie, 2002) HANDOFF (Hello, Assessment, Necessary patient information, Danger or risks, Occurrence, Future recommendation)
4. เวลาในการรับส่งเวร เป็นช่วงเวลาในการดำเนินการช่วงผลัดเปลี่ยนเวลาในการปฏิบัติงานของพยาบาลจากเวรเวรหนึ่งไปยังเวรถัดไป (Gage, 2013)
5. สถานที่ในการรับส่งเวร ควรกำหนดสถานที่รับส่งเวร สภาพแวดล้อมไม่มีสิ่งรบกวน (Gage, 2013) ส่วนใหญ่จะเป็นบริเวณเคาน์เตอร์พยาบาล

ขั้นตอนการรับส่งเวรทางการพยาบาล

ขั้นตอนการรับส่งเวรทางการพยาบาล แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน (Ekman & Segesten, 1995) ได้แก่

1. ขั้นเตรียมก่อนการส่งเวร โดยพยาบาลรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ปริมาณน้ำเข้าและออกของร่างกายของผู้ป่วยในช่วงเวรที่ผ่านมา พยาบาลผู้รับเวรมีการเตรียมความพร้อมเพื่อรับเวร โดยเตรียมสมุดบันทึกพร้อมด้วยปากกาสีแดงและปากกาสีน้ำเงิน โดยใช้ปากกาสีแดงใช้สำหรับบันทึกข้อมูลที่มีความสำคัญ
2. ขั้นระหว่างการส่งเวร สำหรับขั้นตอนนี้การรับส่งเวรเริ่มขึ้นโดยต้องปราศจากการรบกวน พยาบาลผู้รับและผู้ส่งเวร ผู้รับและผู้ส่งเวรต้องมีการนั่งเผชิญหน้ากัน โดยพยาบาลผู้รับเวรต้องบันทึกข้อมูลสำคัญจากการรับส่งเวร ซึ่งเป็นการส่งเวรข้อมูลของผู้ป่วยเกี่ยวกับชื่อ-สกุล อายุ การวินิจฉัยโรค และการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ พยาบาลผู้รับเวรจะต้องบันทึกข้อมูลทั้งหมดลงในสมุดบันทึก
3. ขั้นหลังการส่งเวร สำหรับขั้นตอนนี้ เป็นหลังจากรับทราบข้อมูลของผู้ป่วยแล้ว พยาบาลผู้รับเวร ตรวจสอบและซักถามความเข้าใจข้อมูลผู้ป่วย มีการทบทวนแผนการพยาบาลสั้นๆ และตรวจเยี่ยมหลังการรับส่งเวร

การรับส่งเวรทางการพยาบาล โดยใช้รูปแบบ SBAR

การรับส่งเวรแบบ SBAR ถูกพัฒนาโดย เรโอนาร์ด และคณะ (Leonard et al., 2004) เป็นการพัฒนาระบบการช่วยในการสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วย ประกอบกับ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO]) ร่วมคณะกรรมการ The Joint Commission (2007) นำมาเผยแพร่ให้องค์กรสุขภาพนำมากำหนดมาตรฐานการสื่อสารรูปแบบ SBAR ในการรับส่งเวรระหว่างหัวหน้าทีม โดยมีการกำหนดกรอบการรายงานสถานะของผู้ป่วยประกอบด้วย 4 ประเด็นหลักคือ

S: Situation สถานการณ์ หมายถึงข้อมูล โดยทั่วไปที่ต้องรายงาน หรือข้อมูลที่มีความสำคัญ ต้องการส่งต่อให้พยาบาลเวรถัดไปดูแล หรือเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยจะเป็นปัญหาทางการพยาบาลหลักๆ เช่น โรคที่ผู้ป่วยมา อาการ หรือภาวะวิกฤตที่ต้องเฝ้าระวัง

B: Background ข้อมูลภูมิหลัง หมายถึง สาเหตุความเจ็บป่วย หรือสาเหตุของอาการผิดปกติ ประวัติทางการแพทย์ที่สำคัญ ประวัติผลการตรวจต่างๆ ที่สำคัญและมีนัยกับอาการที่ส่งข้างต้น

A: Assessment การประเมิน หมายถึงการประเมินอาการ โดยทั่วไป เช่น ระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ รูปแบบการหายใจ บันทึกการเข้าออกของสารน้ำ ปริมาณปัสสาวะที่ออกเป็นต้น

R: Recommendation ข้อเสนอแนะในการรายงานแพทย์โดยใช้ SBAR จะหมายถึง การอธิบาย เหตุผลในการรายงาน เช่นต้องการให้แพทย์มา หรือต้องการคำสั่งการรักษาอย่างใดอย่างหนึ่งในการ ดูแลผู้ป่วย



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

แนวทางการรับส่งเวรทางการพยาบาลของหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก
โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

วัตถุประสงค์ของการรับส่งเวรทางการพยาบาล

วัตถุประสงค์ของการรับส่งเวรทางการพยาบาลของหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เพื่อเป็นแนวทางการรับส่งเวรทางการพยาบาลของหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก เพื่อส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยถูกต้อง ครบถ้วน นำสู่การวางแผนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

คำนิยาม

1. การรับส่งเวรทางการพยาบาล หมายถึง การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแต่ละราย โดยสื่อสารข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพผู้ดูแลคนหนึ่งไปยังพยาบาลวิชาชีพเวรต่อไป เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องอย่างปลอดภัย

2. การรับส่งเวรทางการพยาบาล โดยใช้การสื่อสารแบบ SBAR หมายถึงการรับส่งเวร โดยประกอบด้วยข้อมูลดังต่อไปนี้

S: Situation หมายถึงข้อมูลโดยทั่วไปที่เป็นสถานการณ์ของผู้ป่วยที่มีความสำคัญ เป็นปัญหาหลักสั้นๆ ในเรื่องชื่อ-สกุล อายุ อาการสำคัญ การวินิจฉัยครั้งล่าสุด วันที่เข้ารับการรักษาคัดลอก/การผ่าตัด วันที่ทำหัตถการ/การผ่าตัด

B: Background ข้อมูลภูมิหลัง หมายถึง สาเหตุความเจ็บป่วย ประวัติที่สำคัญ กรณีผู้ป่วยรายใหม่ ได้แก่ ประวัติเจ็บป่วยในอดีต ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน การแพ้ยาและอาหาร เหตุที่เข้ารับการรักษากรณีผู้ป่วยรายเก่า ได้แก่ ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจ Echocardiogram Coronary angiogram (CAG) การรักษาที่ได้รับผ่านมาสืบตามลำดับเวลา ประกอบด้วยวันเดือนปีที่เกิดปัญหา เหตุที่รักษา การรักษาที่ได้รับ วันเดือนปีที่สิ้นสุดปัญหา

A: Assessment หมายถึงข้อมูลที่ได้จากการประเมินอาการผู้ป่วย รวมถึงปัญหาทางการพยาบาลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เพื่อช่วยในการวางแผนการดูแลรักษา ได้แก่

1) ข้อมูลสำคัญในห้องผ่าตัด ในเรื่อง ค่า Activated Clotting Time : ACT (ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด) จำนวน Blood loss การได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือด ภาวะหลัง off pump ระยะเวลาในการใช้เครื่องปอดหัวใจเทียม ได้แก่ cardio-pulmonary bypass time: CPB, aortic cross-clamp: AOX และ ระยะเวลาผ่าตัดรวม (Total hours)

- 2) วันเดือนปี และเวลาที่เริ่มรับส่งเวร ได้แก่ เวรดึก เวรเช้า และเวรบ่าย
- 3) ระบบประสาท ในเรื่องขนาดรูม่านตา(Pupil), Glasgow Coma Scale: GCS, การได้รับยา (Last med)
- 4) ระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ: EKG, การใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจ: Pace maker
- 5) ระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ เสียงปอด, เสมหะ, ฟิลมเอกซเรย์, และการตั้งเครื่องช่วยหายใจ
- 6) ระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ สถานการณ์รับประทานอาหาร
- 7) ระบบทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ บันทึกการเข้าออกของสารน้ำ
- 8) ระบบติดเชื้อต่างๆ
- 9) แผลผ่าตัด และท่อระบายต่างๆ

R: Recommendation ข้อเสนอแนะในการวางแผนแก้ไขปัญหามาในแต่ละเวร สอดคล้องกับการประเมิน เพื่อวางแผนดูแลต่อไป

3. ผู้รับผิดชอบในการรับส่งเวรทางการพยาบาล
ผู้ส่งเวร คือพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายเพื่อส่งต่อเวรถัดไป

ผู้รับเวร คือพยาบาลวิชาชีพผู้ได้รับมอบหมายในการดูแลผู้ป่วยในเวรถัดไป

4. เวลาในการส่งเวรทางการพยาบาลของหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โดยแบ่งเวลาการทำงานเป็น 3 เวร เวรละ 8 ชั่วโมง ได้แก่

เวรดึกส่งต่อให้เวรเช้าเวลา 9.15 น.

เวรเช้าส่งต่อให้เวรบ่ายเวลา 16.30 น.

เวรบ่ายส่งต่อให้เวรดึกเวลา 00.30 น.

โดยใช้เวลาในการส่งเวรให้เหมาะสม

ใช้เวลาในการรับส่งเวร 15-20 นาทีต่อผู้ป่วย 1 ราย

5. เอกสารที่ใช้ในการรับส่งเวร

- 1) คาร์เด็กซ์ (kardex)
- 2) แฟ้มผู้ป่วย ใบประเมินสภาพแรกรับ, ใบบันทึกการผ่าตัด
- 3) Flow chart แฟ้มแบบบันทึกทางการพยาบาล, Progress Nurse Note: PNN 1, PNN 2

4) แบบฟอร์มการรับส่งเวรทางการพยาบาลของหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

5) แบบบันทึกการให้ยา

ขั้นตอนและบทบาทของผู้รับส่งเวรทางการพยาบาล

1. ขั้นตอนเตรียมการส่งเวร เป็นขั้นตอนที่ผู้ส่งเวรและผู้รับเวร เตรียมตัวก่อนรับส่งเวรทางการ

พยาบาล

ผู้ส่งเวร	ผู้รับเวร
ก่อนส่งเวร 30 นาทีที่มีการเตรียมตัว ดังต่อไปนี้ 1. ตรวจสอบอาการผู้ป่วยและ round chart ก่อนส่งเวร 2. จัดเตรียมเอกสาร มีดังนี้ - flow chart คือแฟ้มแบบบันทึกทางการพยาบาล - บันทึกทางการพยาบาล Progress Nurse Note: PNN 1 - บันทึกทางการพยาบาล Progress Nurse Note: PNN 2 - คาร์เด็กซ์ (kardex) - แฟ้มรายงานผู้ป่วย - ใบประเมินสภาพแรกรับ - ใบบันทึกการผ่าตัด - แบบบันทึกการให้ยา - แบบฟอร์มการรับส่งเวรทางการพยาบาลของหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก 3. ปากกาแดงใช้ตรวจสอบเหตุการณ์ที่ทำแล้ว	ก่อนส่งเวร 15 นาทีที่มีการเตรียมตัว ดังต่อไปนี้ 1. ตรวจสอบอุปกรณ์พร้อมใช้ที่ได้รับผิดชอบให้ OK 2. ดูตารางมอบหมายงานผู้ป่วยที่ได้รับผิดชอบดูแล 3. ตรวจสอบผู้ป่วยรายที่ได้รับมอบหมายในประเด็น ดังนี้ - General appearance - ยาที่ผู้ป่วยได้รับ 4. เตรียมแบบฟอร์มการรับส่งเวรทางการพยาบาลของหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

ผู้ส่งเวอร์	ผู้รับเวอร์
4. ปากกาแดงสำหรับบันทึกเหตุการณ์ที่เสนอแนะให้ติดตามต่อ ในประเด็นเฝ้าระวังและต้องติดตามต่อเนื่องใน Recommendation 5. เตรียมสถานที่บริเวณท้ายเตียงผู้ป่วย	

2. ขั้นตอนการรับส่งเวอร์ เป็นขั้นตอนที่ผู้ส่งเวอร์และผู้รับเวอร์ ทำการรับส่งเวอร์ทางการแพทย์

ผู้ส่งเวอร์	ผู้รับเวอร์
ผู้ส่งเวอร์มีขั้นตอนในการส่งเวอร์โดยใช้แบบ SBAR เรียงตามลำดับ ดังต่อไปนี้ 1. Situation หมายถึงข้อมูลโดยทั่วไปที่เป็นสถานการณ์ของผู้ป่วยที่มีความสำคัญ (ในเอกสารใบประเมินสภาพแรกเริ่ม: MR2) -<u>รายใหม่</u>: ให้ข้อมูลชื่อเตียง, ชื่อ-สกุล, อายุ, วันที่เข้ารับการรักษา. หอผู้ป่วยแรกเริ่ม, วันที่รับย้ายเข้า ไอ ซี ยู, แพทย์เจ้าของไข้, แพทย์ผู้ดูแลร่วม, อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล, การวินิจฉัยครั้งแรก, การวินิจฉัยครั้งล่าสุด, หัตถการ/การผ่าตัด วันที่ทำหัตถการ/ผ่าตัด และสถานการณ์การรักษาที่สอดคล้องกับปัญหาที่ผ่านมา -<u>รายเก่า</u>: ให้ข้อมูลชื่อเตียง, ชื่อ-สกุล, อายุ, การวินิจฉัยโรค, หัตถการ/การผ่าตัด วันที่ทำหัตถการ/ผ่าตัด และแพทย์เจ้าของไข้ 2. Background ข้อมูลภูมิหลัง (ในเอกสารใบประเมินสภาพแรกเริ่ม: MR2) -<u>ในผู้ป่วยรายใหม่</u> ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุความเจ็บป่วย ประวัติที่สำคัญ ได้แก่ ประวัติเจ็บป่วยในอดีต(ถ้ามี), โรคประจำตัว, ประวัติเจ็บป่วย	1. บันทึกข้อมูลลงในแบบฟอร์มการรับส่งเวอร์ทางการแพทย์ของหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก 2. สอบถามประเด็นสงสัย เสนอแนะและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในประเด็นต่างๆ เพื่อร่วมวางแผนการดูแลในเวอร์ที่ผู้รับเวอร์ต้องติดตาม

ผู้ส่งเวอร์	ผู้รับเวอร์
ปัจจุบัน, โรคประจำตัว, การแพ้ยาและอาหาร (ถ้ามี), เหตุที่เข้ารับการรักษารักษา, ผลตรวจ X-ray อื่นๆอื่นๆที่ผิดปกติ ได้แก่ ผล Echocardiogram (Echo), Coronary angiogram (CAG) (ถ้ามี) -ในผู้ป่วยรายเก่า ให้ข้อมูลประวัติปัญหาทางการพยาบาลและการรักษาที่ได้รับจากเวอร์ที่ผ่านมา ประกอบด้วยวัน เดือนปีที่เกิดเหตุ, เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น, การรักษาที่ได้รับ และ ว/ด/ป ที่สิ้นสุด ปัญหา	
3. Assessment การประเมิน: ได้แก่ กรณีรับย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ เป็นข้อมูลในห้องผ่าตัดเกี่ยวกับปัญหา การรักษาที่ได้รับในห้องผ่าตัด ประกอบด้วย ACT ก่อน/ขณะ/และหลังผ่าตัด, Blood loss, การได้รับเลือดในห้องผ่าตัด, หลังผ่าตัด(off pump), CPB time, AOX time, Total hours รวมถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและข้อมูลสนับสนุนเกี่ยวกับปัญหานั้นๆตลอดจนการพยาบาลที่ได้รับผ่านมา และในเวอร์นั้นๆ แยกเป็นระบบๆ ได้แก่ แผลผ่าตัดและสายระบายต่างๆ, ระบบประสาท, ระบบหัวใจและหลอดเลือด, ระบบไหลเวียน, ระบบทางเดินหายใจ, ระบบทางเดินอาหาร, ระบบทางเดินปัสสาวะ, ระบบต่อมไร้ท่อ, ความเจ็บปวด, ระบบติดเชื้อ และอื่นๆ (ในเอกสารใบบันทึกการผ่าตัด, Lab, Order, Diabetic chart, ใบประเมินระบบประสาท, ใบ Progress Nurse Note: PNN 1, ใบ Progress Nurse Note : PNN 2, Blood nurse note, Kardex, ใบฟอร์มปรอท และใบ Consult ต่างๆ)	

ผู้ส่งเวอร์	ผู้รับเวอร์
4. Recommendation ข้อเสนอแนะในการวางแผนแก้ไขปัญหาในแต่ละเวอร์ (ใบ kardex, ใบ Recommendation) ได้แก่ ปัญหาความเสี่ยง/และ กิจกรรมส่งต่อ ที่ต้องส่งต่อประเด็นติดตาม/	

3. ขั้นตอนหลังการรับส่งเวอร์ เป็นขั้นตอนที่ผู้ส่งเวอร์และผู้รับเวอร์ ร่วมตรวจเยี่ยมผู้ป่วยหลังรับส่งเวอร์สิ้นสุด

ผู้ส่งเวอร์	ผู้รับเวอร์
- ตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วย - เปิดโอกาสให้ผู้รับเวอร์สอบถามข้อสงสัย	ตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยร่วมกับผู้ส่งเวอร์

ข้อตกลงในการรับส่งเวอร์ทุกขั้นตอน มีดังต่อไปนี้

- หลีกเลี่ยงกิจกรรมแทรกระหว่างทำการรับส่งเวอร์ เช่น รับโทรศัพท์, ทำหัตถการ, พูดยกเรื่อง
- รับเวอร์ที่ทำยเตียงผู้ป่วยแต่ละเตียงเท่านั้น
- มอบหมายผู้ดูแลแทนขณะมีการรับส่งเวอร์
- กำหนดเวลาเริ่มส่งเวอร์ให้ตรงกัน ได้แก่
 เวนดี้ส่งต่อให้เวรเช้าเวลา 9.15 น.
 เวนเช้าส่งต่อให้เวรบ่ายเวลา 16.30 น.
 เวนบ่ายส่งต่อให้เวรดีกเวลา 00.30 น.
 โดยใช้เวลาในการส่งเวอร์ให้เหมาะสม

แบบฟอร์มการรับส่งเวรทางการพยาบาลของหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก
โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

แบบฟอร์มการรับส่งเวรทางการพยาบาลด้วย SBAR หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก
โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

คำชี้แจงการใช้แบบฟอร์ม

1. แบบฟอร์มนี้ใช้สำหรับพยาบาลบันทึกการรับส่งเวรทางการพยาบาล เพื่อนำไปใช้ในการส่งเวรทางการพยาบาลให้เวรถัดไป
2. แบบฟอร์มนี้ใช้บันทึกการรับส่งเวร ต่อ 1 เวร

แบบฟอร์มการรับส่งเวร มี 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบฟอร์มการรับส่งเวรด้วย SBAR ส่วนสถานการณ์ (Situation) ข้อมูลภูมิหลัง (Background) ผู้รับเวรจะไม่บันทึกในส่วนนี้ แต่เพิ่มเติมในส่วนของการประเมิน (Assessment) และข้อเสนอแนะ (Recommendation) ในกรณีผู้ป่วยรายเก่า

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกเหตุการณ์สำคัญ ผู้ส่งเวรจะเป็นผู้บันทึก เพื่อใช้ในการส่งเวรให้พยาบาลผู้รับเวรถัดไป

หลังเสร็จสิ้นการรับส่งเวร นำแบบฟอร์มการรับส่งเวรจัดเก็บเข้าแฟ้มเอกสารรับส่งเวร หมายเลข 9 เก็บไว้ 2 เดือน หลังจากนั้นเอกสารจะถูกทำลายโดยการย่อยกระดาษ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

แบบฟอร์มการรับส่งเวรทางการพยาบาลด้วย SBAR หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก
โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก (กรณีผู้ป่วยรายใหม่/รับย้าย) เอกสารหมายเลข 1 แผ่นที่...

Situation: เติง...วันที่รับเวร.....เวร O ดึก O เช้า O บ่าย Date admit:หอผู้ป่วยแรกรับ..... Date รับย้าย.....วินิจฉัยแรกรับ		HN..... (stricker) AN..... Name.....Age...
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล..... วินิจฉัยครั้งล่าสุด.....แพทย์เจ้าของไข้.....แพทย์ผู้ดูแลร่วม(ถ้ามี)... หัตถการ/การผ่าตัดวันที่ทำหัตถการ/การผ่าตัด (สถานการณ์การรักษาที่สอดคล้องกับปัญหาที่ผ่านมา) อาการปัจจุบัน.....		
Background: (ผู้ส่งเวรรายงานข้อมูล แต่ผู้รับเวร ไม่ต้องจดบันทึก) ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน..... ประวัติเจ็บป่วยในอดีตโรคประจำตัว(ถ้ามี).....การแพ้ยาและอาหาร(ถ้ามี)... ผล X-ray และผลตรวจอื่นๆ ที่ผิดปกติ(ถ้ามี)..... - Echo (ว/ด/ป ที่ทำ) EF..... % RVSP..... - CAG (ว/ด/ป ที่ทำ)..... เหตุที่เข้ารับการรักษา..... ประวัติปัญหาทางการพยาบาลและการรักษาที่ได้รับจากเวรที่ผ่านมา.....(เอกสารหมายเลข 2)		
Assessment In OR 1. ACT ก่อนทำ.....ACT ขณะทำ..... ACT หลังทำ..... (กรณีรับย้ายจากห้องผ่าตัด) 2. Blood loss.....ml PRG...U FFP.....u Cryo.....u SDP.....u 3. after off pump.....CPB.....AOX.....Total hr..... ปัญหาและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (ที่ผ่านมา)..... สัญญาณชีพที่ผิดปกติ..... อาการและอาการแสดงที่ผิดปกติ..... ผล lab ที่ผิดปกติ ,ผล X-ray ผิดปกติและผลตรวจอื่น ๆ :..... กิจกรรมทางการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย..... ผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาลที่ได้ทำแล้วในเวร.....		

(ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและข้อมูลสนับสนุนเกี่ยวกับปัญหานั้นๆตลอดจนการพยาบาลที่ได้รับใน เวลานั้นๆ แยกเป็นระบบๆ) แผลผ่าตัดและสายระบายต่างๆ.....
ระบบประสาท.....
ระบบหัวใจและหลอดเลือด.....
ระบบไหลเวียน.....
ระบบทางเดินหายใจ.....
ระบบทางเดินอาหาร.....
ระบบทางเดินปัสสาวะ.....
ระบบต่อมไร้ท่อ.....
ความเจ็บปวด.....
ระบบติดเชื้อ.....
อื่นๆ.....
.....
.....

หมายเหตุ: 1. ผู้ส่งเวรต้องส่งข้อมูลครบตามหัวข้อ SBAR โดยใช้เอกสารประกอบการส่งเวร

2. ผู้รับเวรบันทึกข้อมูลลงในแบบฟอร์มด้วยปากกาน้ำเงิน และรวบรวมข้อมูลส่งเวรด้วยปากกาแดง

เตียง.....ชื่อ-สกุลผู้ป่วย.....วินิจฉัย.....ผ่าตัด.....แพทย์.....

แบบฟอร์มการรับส่งเวรทางการพยาบาลด้วย SBAR (กรณีร่ายเก่า) เอกสารหมายเลข 1 แผ่นที่....

Situation	เดียง...วันที่รับเวร.....เวร O ดึก O เช้า O วินิจฉัยครั้งล่าสุด..... แพทย์เจ้าของไข้..... หัตถการ/การผ่าตัดวันที่ทำหัตถการ/การผ่าตัด	HN..... (stricker) AN..... Name..... Age...
Background	(ผู้ส่งเวร ไม่ต้องการมีรายงานและผู้ป่วยไม่ต้องการบันทึก) รายงานประวัติปัญหาทางการพยาบาลและการรักษาที่ได้รับจากเวรที่ผ่านมา(เอกสารหมายเลข 2)	
Assessment	(ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและข้อมูลสนับสนุนเกี่ยวกับปัญหานั้นๆตลอดจนการพยาบาลที่ได้รับ ในเวลานั้นๆ แยกเป็นระบบๆ)	
แผลผ่าตัดและสายระบายต่างๆ.....		
ระบบประสาท.....		
ระบบหัวใจและหลอดเลือด.....		
ระบบไหลเวียน.....		
ระบบทางเดินหายใจ.....		
ระบบทางเดินอาหาร.....		
ระบบทางเดินปัสสาวะ.....		
ระบบต่อมไร้ท่อ.....		
ความเจ็บปวด.....		
ระบบติดเชื้อ.....		
อื่นๆ.....		

เดียง.....ชื่อ-สกุลผู้ป่วย.....วินิจฉัย.....ผ่าตัดแพทย์.....

Recommendation

- ปัญหา/ความเสี่ยงของผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลต่อเนื่อง.....

- กิจกรรมที่ต้องส่งต่อเพื่อติดตาม lab, ส่งตรวจพิเศษต่างๆ, การส่งปรึกษา และอื่นๆ.....

ปัญหา/ความเสี่ยงที่พบ	รายละเอียดปัญหาที่ส่งต่อ	กิจกรรมที่ต้องส่งต่อ/ประเด็นติดตาม
Lab ผิดปกติ	Electrolyte Imbalance ระบุ O hypo/hyperkalemia O hypo/hypernatremia O อื่นๆระบุ.....	O ติดตาม Lab ระบุ..... O แก้ K ระบุ..... O แก้ Na ระบุ..... O O
แผลผ่าตัดและสายระบาย ต่างๆ	O Re-Bleed ระบุ O medical bleed O surgical bleed	O observe bleed O set OR stop bleed O set open chest bedside
ระบบประสาท	O GCS change	O consult.....
ระบบหัวใจและหลอดเลือด	O Arrhythmia ระบุ..... O On Pace maker จากระบุ.....	O On pace O lab ระบุ..... O อื่นๆ ระบุ.....
ระบบไหลเวียน	O Hypertension O Hypotension	O set IABP O อื่นๆ..... O drip ยาเพิ่มความดัน ระบุ.....
ระบบทางเดินหายใจ	O Hypoxia O Acidosis O อื่นๆระบุ.....	O setting ventilator O repeat ABG O set ICD ระบุ..... O drug ระบุ.....
ระบบทางเดินอาหาร.	O feed รับประทานไม่ได้ O อื่นๆระบุ.....	O consult ระบุ..... O feed ระบุ.....
ระบบทางเดินปัสสาวะ	O Oliguria O อื่นๆระบุ.....	O Lasix ระบุ..... O set PD O consult nephro
ระบบต่อมไร้ท่อ	O hypoglycemia O อื่นๆระบุ.....	O RI keep DTX ระบุ..... O repeat DTX
ความเจ็บปวด	O Pain score ระบุ.....	O drug ระบุ... O รับประทานยา ระบุ....
ระบบติดเชื้อ	O VAP O UTI O CABSİ O SSI O อื่นๆระบุ.....	O ส่ง specimen O ติดตามผล Lab O Drug ระบุ.....
อื่นๆระบุ		

หมายเหตุ: 1. ผู้ส่งเวรต้องส่งข้อมูลครบตามหัวข้อ SBAR โดยใช้เอกสารประกอบการส่งเวร

2. ผู้รับเวรบันทึกข้อมูลลงในแบบฟอร์มด้วยปากกาน้ำเงิน และรวบรวมข้อมูลส่งเวรด้วยปากกาแดง

เตียง.....ชื่อ-สกุลผู้ป่วย.....วินิจฉัย.....ผ่าตัด.....แพทย์.....

การบันทึกแบบฟอร์มการรับส่งเวรทางการพยาบาลของหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก

โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

สถานการณ์ (S: Situation)

แบบฟอร์ม	ความหมายและวิธีการส่งเวร
วันที่รับเวร	วันเดือนปีที่ทำการรับส่งเวร เช่น วันที่ 13 ตุลาคม 2560
เวรที่ทำการรับเวร	เวรที่ทำการรับส่งเวร โดยมีรูปแบบการจัดเวรแบ่งออกเป็น 3 เวรในแต่ละวัน เวรละ 8 ชั่วโมง คือ เวรเช้า เวรบ่าย เวรดึก เวรดึก คือเวรที่ขึ้นปฏิบัติการ เวลา 00.30 น.- 08.30 น. เวรเช้า คือเวรที่ขึ้นปฏิบัติการ เวลา 08.30 น.- 16.30 น. เวรบ่ายคือเวรที่ขึ้นปฏิบัติการ เวลา 16.30 น.- 00.30 น.
HN	HN ย่อมาจาก Hospital Number เป็นหมายเลขของผู้ป่วยนอก ซึ่งจะออกหมายเลขให้ในการลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยที่จะตรวจในโรงพยาบาล อาจมีการออกหมายเลขที่ต่อเนื่อง ในบางโรงพยาบาลอาจมีการออกหมายเลขที่เป็นปี พ.ศ.ต่อท้ายหมายเลข แต่เนื่องจากหมายเลขดังกล่าวไม่นิยมให้มีการเปลี่ยนในทุกปีพ.ศ. ซึ่งเป็นเลขปีที่ทำการติดต่อขอบัตรตามด้วยเลข HN ลำดับโดยการลงทะเบียนของโรงพยาบาล เช่น 38-4342008
AN	AN ย่อมาจาก Admission Number เป็นหมายเลขของผู้ป่วยใน ซึ่งจะออกให้ในการลงทะเบียนรับไว้พักรักษาในโรงพยาบาลตามคำสั่งของแพทย์เมื่อได้หมายเลข AN ก็จะนับเป็นผู้ป่วยใน ซึ่งอาจออกหมายเลขไปในแต่ละปีซึ่งจะเป็นหมายเลขเป็นปีตามด้วยเลข AN โดยดูจากเวชระเบียน เช่น 60-44488
ชื่อ-สกุล(Name)	ชื่อ-สกุลผู้ป่วยที่ทำการรับส่งเวร โดยดูจากแบบฟอร์ม ใบรับผู้ป่วยเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล ฐานข้อมูลจากบัตรประชาชนของผู้ป่วย เช่น นางสาวสุพัตรา งามดี
อายุ(Age)	อายุของผู้ป่วยที่ทำการรับส่งเวร โดยดูจากคาร์เด็กซ์ เช่น อายุ 45 ปี

แบบฟอร์ม	ความหมายและวิธีการส่งเวร
อาการสำคัญ	อาการนำที่ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยดูจากใบส่งตัวและใบซักประวัติผู้ป่วย เช่น refer มาจากโรงพยาบาลเนินมะปรางด้วยเจ็บหน้าอก แน่นร้าวไปที่ไหล่ มา 3 วัน เจ็บแน่นเป็นๆ หายๆ ไม่เหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ นอนหนุนหมอน 2 ใบ พักได้
การวินิจฉัยโรคครั้งแรก	การวินิจฉัยโรคที่ได้รับจากการตรวจร่างกาย ซักประวัติในเบื้องต้น โดยดูจากเวชระเบียน และใบประเมินแรกรับ
การวินิจฉัยโรคครั้งล่าสุด	การวินิจฉัยโรคที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยทั้งทางห้องปฏิบัติการและตรวจพิเศษ โดยดูจากเวชระเบียน และคาร์เด็กซ์ เช่น Triple vessel disease, Atrial septal defect
แพทย์	แพทย์เจ้าของไข้ผู้ดูแลรักษาผู้ป่วย เป็นสัลยแพทย์หัวใจและทรวงอก โดยดูจากเวชระเบียน
แพทย์ผู้ดูแลร่วม	แพทย์ผู้มีส่วนร่วมในการรักษาผู้ป่วยรายนั้นๆ โดยดูจากใบส่งปรึกษาต่อ
การผ่าตัด /หัตถการ	การผ่าตัดเพื่อแก้ไขภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วย โดยดูจาก Operative note เช่น Coronary artery disease, Atrial septal defect closure
วันที่ทำผ่าตัด/หัตถการ	วันที่ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขภาวะเจ็บป่วยด้วยการทำผ่าตัด/หัตถการ โดยดูจาก Operative note เช่น ทำผ่าตัด Coronary artery disease 13 ตุลาคม 2560
อาการปัจจุบัน	อาการปัจจุบัน เป็นอาการได้จากการตรวจร่างกายตั้งแต่ห้วงจรดเท้า หรือจากรายงานของสหสาขาวิชาชีพ เช่น รู้ตัว หายใจเอง ไม่หอบ มีแผลผ่าตัดหน้าอก on pericardial drain c substernal drain urine foley s cath

ข้อมูลภูมิหลัง (B: Background)

แบบฟอร์ม	ความหมายและวิธีการส่งเวร
ผู้ป่วยรายใหม่ ประวัติเจ็บป่วย ปัจจุบัน	<u>ผู้ป่วยรายใหม่</u> เป็นข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยในเหตุการณ์ ต่อไปนี้ ประวัติความเจ็บป่วยที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลครั้งนี้ โดยดูจากเวชระเบียน และใบส่งตัว เช่น 3 วันก่อนมามีอาการ เจ็บแน่นหน้าอก ร้าวไปไหล่เป็นๆ หายๆ ไม่เหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ นอนหนุนหมอน 2 ใบ พักได้ วันนี้มีอาการ เจ็บแน่นหน้าอก มากขึ้นไปตรวจโรงพยาบาลเนินมะปราง refer มาโรงพยาบาลพุทธชินราช เพื่อรักษาต่อ
ประวัติเจ็บป่วยในอดีต	ประวัติเจ็บป่วยในอดีต โดยดูจากเวชระเบียน ประกอบด้วย 1. ในส่วนตัวผู้ป่วย เกี่ยวกับโรคประจำตัวผู้ป่วย ได้แก่ เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, ไขมันในเส้นเลือด, เก๊าท์, ไตวาย และอื่นๆ 2. ประวัติความเจ็บป่วยของคนในครอบครัวของผู้ป่วย หมายถึง พ่อ แม่ พี่ น้อง ที่มีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงต่างๆ รวมถึงโรคทางกรรมพันธุ์ เช่น โรคหลอดเลือดตีบ, โรคหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง เป็นต้น
ประวัติแพ้ยาและอาหาร	ประวัติแพ้ยาและอาหารของผู้ป่วย ระบุชื่อยาและอาหาร ตามด้วยอาการและอาการแสดงเมื่อมีอาการ หรือไม่แน่ใจ โดยดูจากเวชระเบียน และใบซักประวัติผู้ป่วยและใบส่งสัยแพ้ยาจากเภสัชกร เช่น แพ้กุ้ง มีอาการแน่นหน้าอกหลังรับประทาน หรือมีผื่นแดงนูนหลังรับประทานยาฆ่าเชื้อเม็ดแคปซูลแดงดำ เป็นต้น
โรคประจำตัว	โรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยเจ็บป่วยอยู่แล้ว เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ โดยดูจากเวชระเบียนและใบซักประวัติผู้ป่วย เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง เป็นต้น
ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและ/หรือที่ผิดปกติและการรักษาที่ได้รับผ่านมา	ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ และการรักษาที่ได้รับในเวรที่ผ่านมา โดยดูจากใบ Lab ต่างๆ และใบตอบผลตรวจพิเศษต่างๆ - เช่น ผลโปแตสเซียม K=2.9, โซเดียม Na=128 เป็นต้น - ผลตรวจพิเศษต่างๆผิดปกติ ได้แก่ ผล Echocardiogram(Echo) พบ ASD, Coronary angiogram (CAG) พบ หลอดเลือดตีบ 3 เส้น เป็นต้น

การประเมิน (A: Assessment)

แบบฟอร์ม	ความหมายและวิธีการส่งเวร
การส่งข้อมูลที่เป็น ปัญหาของผู้ป่วยใน แต่ละระบบ และ ข้อมูลสนับสนุน ปัญหานั้นๆ รวมถึง การรักษาพยาบาลที่ ผ่านมาในช่วงที่ผู้ป่วย อยู่ในห้องผ่าตัด	<u>ผู้ป่วยรายเก่า</u> การส่งข้อมูลที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยในแต่ละระบบ ข้อมูลสนับสนุนปัญหานั้นๆ รวมถึงการรักษาพยาบาลที่ผ่านมาในช่วง ที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องผ่าตัด โดยดูจากใบบันทึกอาการห้องผ่าตัด ประกอบด้วย 1. ACT หมายถึง activated clotting time เป็นค่าการตรวจความช้าของ การเริ่มมีการแข็งตัวของเลือด บันทึกดังนี้ - ACT ก่อนทำผ่าตัด/ เข้าเครื่องปอดหัวใจเทียม - ACT ขณะทำผ่าตัด/ เข้าเครื่องปอดหัวใจเทียม - ACT หลังทำผ่าตัด/ เข้าเครื่องปอดหัวใจเทียม 2. Blood loss หมายถึงปริมาณสูญเสียเลือดทั้งหมดในระหว่างผ่าตัด การให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด ได้แก่ - PRC หมายถึงส่วนประกอบโลหิตหลังการปั่นให้เม็ดเลือดแดง ตกตะกอนอัดแน่นกันถุง และบีบพลาสติกส่วนบนบางส่วนออกไปแล้ว - FFP หมายถึงส่วนประกอบโลหิตมีเฉพาะพลาสมาที่ได้จากการปั่น แยก WB 1 ถุง - Cryoprecipitate (Cryo) หมายถึงตะกอนโปรตีนที่เกิดจากการนำ FFP มาละลายที่ 4° ซ.แล้วบีบแยกส่วนพลาสมาเหนือตะกอนออก - SDP (Single donor Platelet) หมายถึง เกล็ดเลือดจากผู้บริจาคคน เดียว 3. after off pump หมายถึง บันทึกประเด็นที่เกิดหลังหยุดการใช้เครื่อง ปอดหัวใจเทียม มีดังต่อไปนี้ - CPB คือ cardio pulmonary bypass หมายถึงระยะเวลาในการใช้เครื่อง ปอด หัวใจเทียม - AOX คือ Aortic- cross clamp หมายถึงระยะเวลา clamp Aorta - Total hr คือ total hours of operation หมายถึงระยะเวลาตั้งแต่เริ่มดม ยาสลบ จนการผ่าตัดเสร็จสิ้น

การประเมิน (A: Assessment)

แบบฟอร์ม	ความหมายและวิธีการสังเกต
ในผู้ป่วยรายเก่า ปัญหาที่เกิดขึ้นกับ ผู้ป่วย	เป็นข้อมูลความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังผ่าตัดหัวใจ หลอด เลือดและทรวงอก (ในใบประเมินสภาพแรกรับ, ใบ Lab, ใบตรวจพิเศษ ต่างๆ, kardex, ใบฟอร์มปรอท, PNN1) เช่น ผู้ป่วยมี Arrhythmia PVC 15 Beat per min จาก Hypokalemia: K 3
สัญญาณชีพที่ผิดปกติ	สัญญาณชีพที่ผิดปกติ โดยดูจากใบ PNN 1 , ฟอร์มปรอท ประกอบด้วย 1.BP: Blood pressure หมายถึงความดันโลหิตซิสโตลิก น้อยกว่า 90 หรือ มากกว่า 140-160 mmHg เช่น 200/160 mmHg 2.HR: Heart rate หมายถึงอัตราการเต้นของหัวใจ น้อยกว่า 60 มากกว่า 100 beat per min เช่น HR 180/min 3. RR: Respiratory rate หมายถึงอัตราการหายใจ น้อยกว่า 10 หรือมากกว่า 30 เช่น RR 40/min 4. Temp: Temperature หมายถึงอุณหภูมิร่างกายของผู้ป่วย น้อยกว่า 35 หรือ มากกว่า 38 เช่น T 40°C
อาการ และผลตรวจ ต่างๆ ที่ผิดปกติ	
Wound แผลผ่าตัดที่ ผิดปกติ	แผลผ่าตัด เป็นแผลที่เกิดจากการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการทำหัตถการหรือ ผ่าตัดแล้ว หลังจากนั้นไม่ประเด็น ไม่ปกติ ได้แก่ แผลผ่าตัดหน้าอก , แผล ผ่าตัดทรวงอก , แผลผ่าตัดหน้าท้อง มีอาการบวมแดงร้อน เป็นต้น
Drain ท่อระบายต่างๆ	ท่อระบายต่างๆที่สอดใส่ไว้ในตัวผู้ป่วย เพื่อระบายของเหลวออกจากช่อง เยื่อหุ้มหัวใจ, ช่องเยื่อหุ้มปอด มีcontent เป็นเลือดออกมาก มากกว่า 100 ซีซี ต่อชั่วโมง เป็นต้น
ปัญหาแยกตามระบบ 1.ระบบประสาท (Neuro)	ดูได้จากใบบันทึกการตรวจร่างกายที่พบความผิดปกติ ระบบประสาท ดูจากใบประเมินระบบประสาท ดังต่อไปนี้ - pupil หมายถึงขนาดรูม่านตาที่ตอบสนองต่อแสงที่ผิดปกติ เช่น 1 mm - GCS คือ Glasgow coma scale หมายถึง วิธีประเมินความผิดปกติและความ รุนแรงทางระบบประสาท เช่น GCS จาก 10 เป็น 5 - last me: last medicine หมายถึงยาที่ได้รับปัจจุบันเพื่อช่วยลดปัญหา ดังกล่าว เช่น cardipine keep SBP น้อยกว่า 160 mmHg

แบบฟอร์ม	ความหมายและวิธีการส่งเวร
2. ระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardio)	ระบบหัวใจและหลอดเลือด เป็นข้อมูลที่ผิดปกติเกี่ยวกับภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ 1. Arrhythmia หมายถึง คลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ผิดปกติจาก Normal Sinus Rhythm เช่น VT pulseless, atrial fibrillation เป็นต้น 2. การใช้ Pace maker หมายถึง การใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจช่วยให้หัวใจสามารถเต้นได้ โดยสามารถทำให้เกิดระบบไหลเวียนปกติ บันทึกข้อมูลโดยดูจากใบบันทึกห้องผ่าตัด หรือใบประเมินเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด โดยเครื่องมีการตั้งค่า ดังนี้ - RR : rate หมายถึง ตั้งอัตราเร็วของการกระตุ้น - Sens: sensitivity หมายถึงความไวของเครื่อง ในการรับคลื่น R wave - out put: ปริมาณกระแสไฟฟ้าที่ใช้ในการกระตุ้นกล้ามเนื้อหัวใจให้เกิด depolarize
3. ระบบไหลเวียน (Circulation)	ระบบไหลเวียนที่ผิดปกติ เป็นความผิดปกติของเลือด หลอดเลือด และกล้ามเนื้อหัวใจเลือด ดูจากใบประเมินสภาพแรกรับ, ใบ PNN 1, ใบ Lab ผล Echo, CAG เช่น Hct 44% , Myocardial infarction, heart fail , triple vessel disease เป็นต้น
4. ระบบทางเดินหายใจ (Pulmonary)	ระบบทางเดินหายใจ ดูจากใบประเมินแรกรับ ใบบันทึกจากห้องผ่าตัด บันทึกข้อมูลผิดปกติเกี่ยวกับ 1. sound หมายถึง ฟังเสียงปอดว่ามีความผิดปกติ เช่นเสียง wheeze, crepitation เป็นต้น 2. sputum หมายถึง ลักษณะเสมหะทั้งสีและจำนวน เช่นเสมหะเหลืองข้นมีจำนวนมาก 3. % O2 saturation หมายถึง ระดับฮีโมโกลบินที่รวมตัวกับออกซิเจนมีค่าน้อยกว่าปกติ เช่น O2 saturation 76% 4. CXR หมายถึง ผลอ่านฟิล์มเอกซเรย์มีความผิดปกติ เช่น wide mediastinum เป็นต้น

แบบฟอร์ม	ความหมายและวิธีการส่งเวร
5. ระบบทางเดินอาหาร (GI)	ระบบทางเดินอาหารผิดปกติ ต้องให้การพยาบาลอย่างไร บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะการได้รับอาหาร ได้แก่ NPO (Nothing per oral) หมายถึงงดน้ำและอาหารหลังผ่าตัด Feed หมายถึง การให้อาหารทางสายยาง จากการรับประทานอาหารได้น้อยเป็นต้น
6.ระบบทางเดินปัสสาวะ (Renal)	ระบบทางเดินปัสสาวะผิดปกติ บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับ 1.แบบแผนการปัสสาวะเปลี่ยนแปลงไป ได้แก่ - foley s cath หมายถึงใส่สายสวนปัสสาวะหลังผ่าตัดเพื่อประเมินจำนวนปัสสาวะเป็นนาฬิกา เช่น ทุก 15-30 นาที - self cath หมายถึงการสวนปัสสาวะเมื่อมีอาการ 2.Intake/ output เพื่อประเมินปริมาณน้ำเข้าออกว่ามีความสมดุลหรือไม่ - Intake มากกว่า output หมายถึง ปริมาณสารน้ำและอาหารอยู่ในตัวผู้ป่วยมาก เช่น Intake 1,900 cc / output 500 cc แสดงว่ามีน้ำเกินในร่างกายผู้ป่วย
7. ระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine system)	ระบบต่อมไร้ท่อ หมายถึงระบบกลุ่มเซลล์ สร้างและหลั่งพวกล้วนฮอร์โมนผิดปกติจากเดิม เช่น DTX 400 mg% post op open heart เป็นต้น
8. Pain	ระดับความเจ็บปวด มากกว่าปกติ เช่น Pain score 10 เจ็บปวดระดับมาก มีผลทำให้หัวใจเต้นเร็ว เป็นต้น
9. การติดเชื้อ (ID: infectious disease)	การติดเชื้อที่เกิดในร่างกายผู้ป่วย การติดเชื้อ หมายถึงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่บ่งบอกถึงภาวะติดเชื้อในแต่ละระบบ เช่น VAP , UTI เป็นต้น
อื่นๆที่ผิดปกติ	

ข้อเสนอแนะ (R: Recommendation)

แบบฟอร์ม	ความหมายและวิธีการส่งเวร
ส่งต่อปัญหา/ความเสี่ยงของผู้ป่วย	เป้าหมายการดูแลให้ผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤต โดยส่งต่อปัญหา/ความเสี่ยงต่อเกิดขึ้นกับผู้ป่วย เพื่อเฝ้าระวังในเวรต่อไป เช่น ผู้ป่วยมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง
กิจกรรมที่ต้องส่งต่อ/ประเด็นติดตาม	กิจกรรมที่ต้องส่งต่อ/ประเด็นติดตาม เป็นประเด็นที่ต้องมีการดำเนินต่อในเวรที่มารับช่วงต่อ เช่น ผู้ป่วยมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง DTX 400 mg% ต่อเนื่องเป็นเวลา 2 ชั่วโมงติดต่อกัน ต้องรายงานแพทย์เพื่อให้ Regular insulin drip keep DTX 110-180 mg%

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกปัญหาทางการพยาบาลและการรักษาที่ได้รับจากเวรที่ผ่านมา
(เป็นส่วนที่ผู้ส่งเวรบันทึก)

แบบฟอร์ม	ความหมายและวิธีการส่งเวร
No	No คือ Number หมายถึงลำดับของเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น ลำดับ 1,2,3,4,.....
Date of start	Date of start หมายถึง วัน เดือน ปี ที่เกิดเหตุการณ์นั้นๆ โดยบันทึกเป็นเลขอารบิกทั้งหมด จัดขึ้นด้วย/ เช่น วันที่/ เดือน/ ปี พ.ศ. ตัวอย่างเช่น 12/10/2560
Event/ Problem	Event/ Problem หมายถึง เหตุการณ์หรือประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น Hypotension (ความดันโลหิตต่ำอย่างรวดเร็ว คือ BP 60/40 mmHg) สงสัย cardiac tamponade (ภาวะเลือดคั่งเบียดในช่องอก) เป็นต้น
Intervention	Intervention หมายถึงการรักษาที่ได้รับในประเด็นแก้ไข Event/ Problem เช่น การทำหัตถการเปิดผ่าตัดหัวใจข้างเดียว (Open-chest bedside) การใส่บอลลูนเพิ่มสมรรถภาพการทำงานของหัวใจ (Intra-aortic balloon pump: IABP) and add Inotropic drug (levophed, dobutamine) เป็นต้น
Date of finish	Date of finish หมายถึง วัน เดือน ปี ที่เหตุการณ์นั้นๆ สิ้นสุด โดยบันทึกเป็นเลขอารบิกทั้งหมด จัดขึ้นด้วย/ เช่น ว/ด/ป เช่น 20/10/2560

ตัวอย่างการรับส่งเวรทางการพยาบาลด้วย SBAR หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก

โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

Case Triple-vessel disease: TVD (รายใหม่)

Situation: เติง 1 วันที่รับเวร 12/10/60 เวร O ดึก ☒ เช้า O ป้าย	HN 38- 4342009 AN 60- 4444444 Name ทองดี มีกิน Age 40 ปี
Date admit: 1 ตุลาคม 2560 ward แกร็บ CVT	
Date รับย้ายเข้า ICU 12 ต.ค. 60 วินิจฉัยแรกรับ TVD	
CC: เหนื่อยหายใจไม่สะดวก มา 1 ปี แพทย์นัดมาทำผ่าตัด วินิจฉัยครั้งสุดท้าย TVD แพทย์เจ้าของไข้ อำนวยพล ทำผ่าตัด Coronary artery disease x 4 วันที่ทำผ่าตัด 12/10/60	
Background: (ผู้ส่งเวรเป็นผู้ให้ข้อมูล ผู้รับเวรไม่มีการบันทึกใดๆ) ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน 1 ปีก่อนมีอาการเหนื่อย หายใจไม่สะดวก ไปรับการรักษาโรงพยาบาลเอกชน ที่จังหวัด นครสวรรค์ วินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดตีบ ทำ CAG 4 ก้าน ยาน 2560 ผลเป็น TVD refer มาเพื่อ รักษาด้วยการผ่าตัด ประวัติเจ็บป่วยในอดีต ปฏิเสธ ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธ การแพ้ยาและอาหาร ปฏิเสธ Echo (12/10/60): EF26 % RVSP 100.6 no pericardial effusion mild MR no PHT CAG (04/09/60): LM non sig LAD 80% stenosis, LCX (M) 80% stenosis and RCA 80% stenosis เหตุที่เข้ารับการรักษา เพื่อผ่าตัด การรักษาที่ได้รับ ได้รับยาปรับประทานเป็น ASA (81) 1x 2 O pc	

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 Copyright© by Chiang Mai University
 All rights reserved

Assessment
(ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและข้อมูลสนับสนุนเกี่ยวกับปัญหานั้นๆตลอดจนการพยาบาลที่ได้รับในเวลานั้นๆ แยกเป็นระบบๆ)
In OR 1. ACT ก่อนทำ 123 ACT ขณะทำ 500-900 ACT หลังทำ 124 2. Blood loss 1,000 ml PRC 3 U FFP 6 u Cryo...-....u SDP...-....Hct ก่อนออกจากห้องผ่าตัด 24% 3. after off pump: VF defib 10 J x1, CPB 1.33, AOX 1.02, Total hr 5.25 Vital signs แรกรับ: BP 170/98 mmHg, HR 112/min, RR 12/min, T 35.5°C, CVP 11 cmH2o อาการปัจจุบัน : เริ่มต้นลิ้มตา on ET tube c ventilator on A-line on triple lumen sternal wound on pericardial drain x2 urine foley s cath
Assessment ตามระบบ ระบบประสาท : ผู้ป่วยเริ่มต้นลิ้มตา pupil 3 mm RTL BE GCS=6 Plan ประเมินระดับความรู้สึกตัว ทุก 30 นาที ระบบหัวใจและหลอดเลือด : หลังรับไว้จากห้องผ่าตัด EKG เป็น normal sinus rhythm HR 112/min , urine 250 cc/hr ผล K in ABG =3 รอติดตาม K จากlab chem และประเมินarrhythmia ทุก 30 นาที ระบบไหลเวียน : หลังรับไว้ผู้ป่วย เริ่มต้นลิ้มตา ปลายมือปลายเท้าเย็น BP 170/98 mmHg Keep warm ด้วยผ้าห่มไฟฟ้า drip ยา Nitroglycerine: NTG control SBP 120-160 mmHg ระบบทางเดินหายใจ : เสี่ยงพร่องออกซิเจนเนื่องจากระดับดมยาสลบ: under GA นาน 5.25 ชั่วโมง : เริ่มต้นลิ้มตา ไม่ทำตามสั่ง ผล blood gas Po2 70.6 : suction /ปรับเพิ่มFio2 เป็น 0.8 ส่ง film X-ray film clear รอติดตามผล ABG อีกครั้ง ระบบทางเดินอาหาร : NPO on 5%D/2 1,000 cc v drip 100 cc/hr no blow sound ระบบทางเดินปัสสาวะ : no ระบบต่อมไร้ท่อ : DTX stat 230mg% รอเจาะซ้ำอีก 1 ชั่วโมง ความเจ็บปวด : ยังประเมินปวดไม่ได้ รอติดตามเมื่อผู้ป่วยตื่น ระบบติดเชื้อ : ไม่พบข้อมูลติดเชื้อ
เตียง...1...ชื่อ-สกุลผู้ป่วย.....ทองดี มีกิน ...วินิจฉัย.....TVD..ผ่าตัด...CABGx4 ...แพทย์.อำนาจพล

Recommendation - ปัญหา/ความเสี่ยงของผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลต่อเนื่อง..... - กิจกรรมที่ต้องส่งต่อเพื่อติดตาม lab, ส่งตรวจพิเศษต่างๆ, การส่งปรึกษา และอื่นๆ.....		
ปัญหา/ความเสี่ยงที่พบ	รายละเอียดปัญหาที่ส่งต่อ	กิจกรรมที่ต้องส่งต่อ/ประเด็นติดตาม
Lab ผิดปกติ	Electrolyte Imbalance ระบุ ☒ hypo/hyperkalemia ☐ hypo/hypernatremia ☐ อื่นๆระบุ.....	☒ ติดตาม Lab ระบุ...K..... ☒ แก้ K drip KCL 30:100 v 5 cc/hr ☐ แก้ Na ระบุ..... ☐
แผลผ่าตัดและสายระบายต่างๆ	☐ Re-Bleed ระบุ ☐ medical bleed ☐ surgical bleed	☐ observe bleed ☐ set OR stop bleed ☐ set open chest bedside
ระบบประสาท	☐ GCS change	☐ consult.....
ระบบหัวใจและหลอดเลือด	☐ Arrhythmia ระบุ..... ☐ On Pace maker จากระบุ.....	☐ On pace ☐ lab ระบุ..... ☐ อื่นๆ ระบุ.....
ระบบไหลเวียน	☒ Hypertension ☐ Hypotension	☐ set IABP ☐ อื่นๆ..... ☒ drip ขาเพิ่มความดัน drip NTG 2:1 v 10 microgram/kg/min
ระบบทางเดินหายใจ	☒ Hypoxia ☐ Acidosis ☐ อื่นๆระบุ.....	☒ setting ventilator CMV Fio2 80% ☒ repeat ABG อีก 30 นาที ☐ set ICD ระบุ..... ☐ drug ระบุ.....
ระบบทางเดินอาหาร.	☐ feed รับประทานไม่ได้ ☒ อื่นๆระบุ.....NPO.....	☐ consult ระบุ..... ☒ On IV ☐ feed ระบุ.....
ระบบทางเดินปัสสาวะ	☐ Oliguria ☐ อื่นๆระบุ.....	☐ Lasix ระบุ..... ☐ set PD ☐ consult nephro
ระบบต่อมไร้ท่อ	☐ hypoglycemia ☒ อื่นๆระบุ.. Hypoglycemia	☐ RI keep DTX ระบุ..... ☒ repeat DTX อีก 1 ชั่วโมง
ความเจ็บปวด	☒ Pain score ระบุ...ยังประเมินไม่ได้	☐ drug ระบุ..... ☒ รอประเมินซ้ำ
ระบบติดเชื้อ	☐ VAP ☐ UTI ☐ CABSII ☐ SSI ☐ อื่นๆระบุ.....	☐ ส่ง specimen ☐ ติดตามผล Lab ☐ Drug ระบุ.....
อื่นๆระบุ		

เตียง...1...ชื่อ-สกุลผู้ป่วย.....ทองดี มีกิน ...วินิจฉัย.....TVD..ผ่าตัด...CABGx4 ...แพทย์.อำนวยการ

ตัวอย่างที่ 2 การรับส่งเวรทางการพยาบาล (รายเก่า)

Situation	เดียง.3.วันที่รับเวร 28/10/60 เวิร์ด O ดึก O เช้า 6 บ่าย วินิจฉัยครั้งล่าสุด.....IE c severe MR แพทย์เจ้าของไข้.....อำนวยการพล หัตถการ/การผ่าตัดMVR c TV repair...วันที่ทำหัตถการ/การผ่าตัด ... 27/10/60 (ไม่ต้องรายงานสถานการณ์ใดๆที่ผ่านมา)	HN...49-99988... (stricker) AN...60-55334..... Name นายจ้าง โตดี Age 50 ปี
Background	(ผู้ส่งเวรไม่ต้องมีการรายงานประวัติในอดีตและผู้รับเวรไม่ต้องบันทึกประวัติ) รายงานประวัติปัญหาทางการพยาบาลและการรักษาที่ได้รับจากเวรที่ผ่านมา(เอกสารหมายเลข 2) -ผู้ป่วยรู้สึกตัว on ET tube c T-piece 60% 10 LPM นาน 2 ชั่วโมง RR 20-28 /min หายใจไม่หอบ เหนื่อย o2 sat 99% แพทย์ให้ถอดท่อช่วยหายใจ หลังถอดท่อช่วยหายใจเหนื่อยหอบ ผู้ป่วยเริ่มซึมลง แพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจให้ใหม่ ผู้ป่วยหายใจดี	
Assessment	(ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและข้อมูลสนับสนุนเกี่ยวกับปัญหานั้นๆตลอดจนการพยาบาลที่ได้รับในเวรนั้นๆ แยกเป็นระบบๆ)	
ผลผ่าตัดและสายระบายต่างๆ.....No... problem		
ระบบประสาท.....ผู้ป่วยซึมลง ประเมิน E4Vt M5 ประเมินซ้ำ 1 ชั่วโมง GCS drop เหลือ E1Vt M3 รายงานแพทย์ทราบแล้ว Plan ส่งCT Brain รอแพทย์มาเขียนใบ consult		
ระบบหัวใจและหลอดเลือด.....EKG show rapid AF HR 140/min loading cordarone 150 mg v and drip cordarone 300:100 v drip 12 cc/hr รื้อ check electrolyte		
ระบบไหลเวียน..... BP drop จาก 150/89 mmHg เหลือ 90/60 mmHg drip dobutamine 10 micro/kg/min CVP 8 cmmH2o Load NSS 200 cc stat Plan set IABP bedside		
ระบบทางเดินหายใจ.....No problem.....		
ระบบทางเดินอาหาร..... No problem.....		
ระบบทางเดินปัสสาวะ urine ออกน้อย 15 cc/hr plan laad NSS 200 cc ครบแล้วplan drip lasix 80 mg/hr		
ระบบต่อมไร้ท่อ..... No problem.....		
ความเจ็บปวด..... No problem.....		
ระบบติดเชื้อ.....		

Recommendation - ปัญหา/ความเสี่ยงของผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลต่อเนื่อง..... - กิจกรรมที่ต้องส่งต่อเพื่อติดตาม lab, ส่งตรวจพิเศษต่างๆ, การส่งปรึกษา และอื่นๆ.....		
ปัญหา/ความเสี่ยงที่พบ	รายละเอียดปัญหาที่ส่งต่อ	กิจกรรมที่ต้องส่งต่อ/ประเด็นติดตาม
Lab ผิดปกติ	Electrolyte Imbalance ระบุ O hypo/hyperkalemia O hypo/hypernatremia O อื่นๆระบุ.....	O ติดตาม Lab ระบุ..... O แก้ K ระบุ..... O แก้ Na ระบุ..... O
แผลผ่าตัดและสายระบายต่างๆ	O Re-Bleed ระบุ O medical bleed O surgical bleed	O observe bleed O set OR stop bleed O set open chest bedside
ระบบประสาท	☒ GCS change	☒ consult..... รวบรวมเขียนใบส่ง CT brain
ระบบหัวใจและหลอดเลือด	☒ Arrhythmia AF.HR140/min. O On Pace maker จากระบุ.....	O On pace ☒ lab electrolyte ☒ อื่นๆ drip cordarone 3:1 v 12 cc/ hr ต่อ
ระบบไหลเวียน	O Hypertension ☒ Hypotension	☒ set IABP O อื่นๆ..... O drip ยาเพิ่มความดัน ระบุ.....
ระบบทางเดินหายใจ	O Hypoxia O Acidosis O อื่นๆระบุ.....	O setting ventilator O repeat ABG O set ICD ระบุ..... O drug ระบุ.....
ระบบทางเดินอาหาร.	O feed รับประทานไม่ได้ O อื่นๆระบุ.....	O consult ระบุ..... O feed ระบุ.....
ระบบทางเดินปัสสาวะ	☒ Oliguria O อื่นๆระบุ.....	☒ Lasix ถ้าหลัง load Nss 200 cc แล้วยังไม่ออกน้อย O set PD O consult nephro
ระบบต่อมไร้ท่อ	O hypoglycemia O อื่นๆระบุ.....	O RI keep DTX ระบุ..... O repeat DTX O Drug ระบุ.....
ความเจ็บปวด	O Pain score ระบุ.....	O drug ระบุ... O รอประเมินซ้ำ ระบุ....
ระบบติดเชื้อ	O VAP O UTI O CABS I O SSI O อื่นๆระบุ.....	O ส่ง specimen O ติดตามผล Lab O Drug ระบุ.....
อื่นๆระบุ		

เตียง...3 ชื่อ-สกุลผู้ป่วย..นายช้าง โตดี.วินิจฉัย... IE c severe MR...ผ่าตัด MVR c TV repair...แพทย์อำนวยการ

Flow การรับส่งเวรทางการพยาบาลรูปแบบ SBAR

หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

ผู้ส่งเวร		
หัวข้อ	สิ่งที่เตรียมข้อมูลก่อนส่งเวร	แหล่งข้อมูล
S	ชื่อ/อายุ/ว/ค/ป ที่รับ/CC/diag/op/date of op/doctor	เวชระเบียน
B	ผู้ป่วยรายใหม่ : PL.,Hx.,Drug allergy /เหตุเข้ารักษา/การรักษา/ Echo/ CAG ผู้ป่วยรายเก่า : Lab	ใบประเมินแรกรับ/ คาร์ดิคส์
A	ผู้ป่วยรายเก่า: In OR add ทุกราย: ประเด็นตามระบบ ได้แก่ Neuro, Cardio, Pulmonary, GI, Renal / IV & Lines/ ID/ vital sign/ I/O	ใบบันทึกการผ่าตัด/ ใบ record PNN 1
R	ข้อมูลที่ต้องส่งต่อเพื่อประเมินและรักษาต่อ	



ผู้รับเวร	
หัวข้อ	สิ่งที่เตรียมข้อมูลก่อนส่งเวร
S	ชื่อ/อายุ/ว/ค/ป ที่รับ/CC/diag/op/date of op/doctor
B	บันทึกข้อมูลสำคัญ ผู้ป่วยรายใหม่ : PL.,Hx.,Drug allergy /เหตุเข้ารักษา/การรักษา/ Echo/ CAG ผู้ป่วยรายเก่า : Lab
A	ผู้ป่วยรายใหม่: In OR add ทุกราย: ประเด็นตามระบบ ได้แก่ Neuro, Cardio, Pulmonary, GI, Renal / Pain/endocrine/ ID/ vital sign/ I/O
R	ข้อมูลที่ต้องส่งต่อปัญหา/ความเสี่ยงและกิจกรรมที่ยังค้างในเวรถัดไป



พยาบาลผู้ส่งเวรมีการเตรียมพร้อม โดยการตรวจเยี่ยมผู้ป่วย เตรียมcomplete คาร์ดิคส์/ เวชระเบียน ด้วยปากกาสีแดง พร้อมเตรียมสถานที่บริเวณท้ายเตียงผู้ป่วยก่อนส่งเวร รวมทั้งดูตาราง



เอกสารเก็บใส่แฟ้มการรับส่งเวรในแฟ้มหมายเลข 9 เก็บไว้ 1 เดือนก่อน

ภาคผนวก ข

แบบสังเกตการปฏิบัติตามแนวทางการรับส่งเวรทางการพยาบาล

หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก

โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องด้านขวามือ มีเกณฑ์พิจารณา ดังต่อไปนี้

ปฏิบัติได้ครบถ้วน หมายถึง มีการปฏิบัติตามข้อความนั้น อย่างครบถ้วน หรือไม่

ปฏิบัติถูกต้อง หมายถึง มีการปฏิบัติตามถูกต้อง หรือไม่

ไม่ได้ปฏิบัติเลย หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติตามข้อความนั้น

วันที่สังเกตการปฏิบัติตามแนวทางรับส่งเวร.....เวร O เช้า O บ่าย O ดึก

เวลาเริ่มรับส่งเวร.....เวลาสิ้นสุดการรับส่งเวร..... ระยะเวลารวม นาที

เวลาเฉลี่ย นาทีต่อคน

รายการสังเกต	ปฏิบัติได้ ครบถ้วน		ปฏิบัติ ถูกต้อง		ไม่ได้ ปฏิบัติ
	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	
1. ขั้นตอนการส่งเวร ตามแบบSBAR ก่อนส่งเวร 30 นาทีที่มีการเตรียมตัว ดังต่อไปนี้					
ผู้ส่งเวร					
1. ตรวจเช็คอาการผู้ป่วยและ round chart ก่อนส่งเวร					
2. จัดเตรียมเอกสาร มีดังนี้ - flow chart คือแฟ้มแบบบันทึกทางการพยาบาล - บันทึกทางการพยาบาล Progress Nurse Note: PNN 1 - บันทึกทางการพยาบาล Progress Nurse Note: PNN 2 - คาร์เด็กซ์ (kardex) - แฟ้มรายงานผู้ป่วย - ใบประเมินสภาพแรกรับ - ใบบันทึกการผ่าตัด - แบบบันทึกการให้ยา					

รายการสังเกต	ปฏิบัติได้ครบถ้วน		ปฏิบัติถูกต้อง		ไม่ได้ปฏิบัติ
	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	
- แบบฟอร์มการรับส่งเวชทางการพยาบาลของหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก และบันทึกให้ครบสมบูรณ์ก่อนส่งเวร					
3. ปากกาแดงสำหรับตรวจสอบเหตุการณ์ที่ทำแล้ว					
4. ปากกาแดงสำหรับบันทึกเหตุการณ์ที่เสนอแนะให้ติดตามต่อ ในประเด็นเฝ้าระวังและต้องติดตามต่อเนื่องใน Recommendation					
5. เตรียมสถานที่บริเวณท้ายเตียงผู้ป่วย					
ผู้รับเวร					
ก่อนส่งเวร 15 นาทีมีการเตรียมตัว ดังต่อไปนี้ ตรวจสอบอุปกรณ์พร้อมใช้ที่ได้รับผิดชอบให้ OK - เตรียมแบบฟอร์มการรับส่งเวชทางการพยาบาล					
2. คูตารางมอบหมายงานผู้ป่วยที่ได้รับผิดชอบดูแล					
3. ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยรายที่ได้รับมอบหมายในประเด็น General appearance และ ยาที่ผู้ป่วยได้รับ					
4. เตรียมแบบฟอร์มการรับส่งเวชทางการพยาบาล					
2. ขั้นตอนการรับส่งเวร					
ผู้ส่งเวร					
1. รายงานสถานการณ์(Situation)					
1.1 ชื่อเตียง					
1.2 ชื่อ-สกุล					
1.3 อายุ					
1.4 วันที่เข้ารับการรักษา					
1.5 หอผู้ป่วยแรกรับ					

รายการสังเกต	ปฏิบัติได้ครบถ้วน		ปฏิบัติถูกต้อง		ไม่ได้ปฏิบัติ
	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	
1.6 วันที่รับย้ายเข้า ไอ ซี ยู					
1.7 แพทย์เจ้าของไข้					
1.8 แพทย์ผู้ดูแลร่วม					
1.9 อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล					
1.10 การวินิจฉัยครั้งแรก					
1.11 วินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย					
1.12 หัตถการ/การผ่าตัด					
1.13 วันที่ทำหัตถการ/ผ่าตัด					
1.14 สถานการณ์การรักษาที่สอดคล้องกับปัญหาที่ผ่านมา					
1.15. อาการปัจจุบัน					
<u>รายการ</u>					
1.1 ชื่อเตียง					
1.2 ชื่อ-สกุล					
1.3 อายุ					
1.4 การวินิจฉัยโรค					
1.5 หัตถการ/การผ่าตัด					
1.6 วันที่ทำหัตถการ/ผ่าตัด					
1.7 แพทย์เจ้าของไข้					
2. ข้อมูลภูมิหลัง (Background)					
<u>ผู้ป่วยรายใหม่</u>					
2.1 ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน					
2.2 ประวัติเจ็บป่วยในอดีต					
2.3 โรคประจำตัว					
2.4 การแพ้ยาและอาหาร					
2.5 เหตุที่เข้ารับการรักษา					

รายการสังเกต	ปฏิบัติได้ครบถ้วน		ปฏิบัติถูกต้อง		ไม่ได้ปฏิบัติ
	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	
2.6. ผล X-ray และผลตรวจอื่นๆ ที่ผิดปกติ - ผล Echocardiogram (Echo), - Coronary angiogram (CAG)					
<u>ראה</u> ให้ข้อมูลประวัติปัญหาทางการแพทย์และการรักษาที่ได้รับจากเวรที่ผ่านมา ประกอบด้วย - ว/ด/ป ที่เกิดเหตุ - เหตุการณ์ที่เกิด - การรักษาที่ได้รับ - ว/ด/ป ที่สิ้นสุด					
3. การประเมิน(Assessment)					
<u>ראה</u> 3.1 กรณีรับย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ (ข้อมูลในห้องผ่าตัดเกี่ยวกับปัญหาและการรักษาที่ผ่านมา) - ACT ก่อนทำผ่าตัด - ACT ขณะทำผ่าตัด - ACT หลังทำผ่าตัด - Blood loss - การได้รับเลือดในห้องผ่าตัด - หลังผ่าตัด(off pump) - CPB time - AOX time - Total hours					
3.2 ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย					
3.3 สัญญาณชีพที่ผิดปกติ					
3.4 อาการและอาการแสดงที่ผิดปกติ					
3.5 ผล lab,ผล X-ray ผิดปกติและผลตรวจอื่น ๆ					

รายการสังเกต	ปฏิบัติได้ครบถ้วน		ปฏิบัติถูกต้อง		ไม่ได้ปฏิบัติ
	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	
3.6 กิจกรรมทางการแพทย์ที่ให้กับผู้ป่วย					
3.7 ผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาลที่ได้ทำแล้วในเวร					
รายการ ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและข้อมูลสนับสนุนและการพยาบาลที่ได้รับ แยกเป็นระบบ ดังต่อไปนี้					
3.1 แผนผ้คัดและสายระบายต่างๆ					
3.2 ระบบประสาท					
3.3 ระบบหัวใจและหลอดเลือด					
3.4 ระบบไหลเวียน					
3.5 ระบบทางเดินหายใจ					
3.6 ระบบทางเดินอาหาร					
3.7 ระบบทางเดินปัสสาวะ					
3.8 ระบบต่อมไร้ท่อ					
3.9 ความเจ็บปวด					
3.10 ระบบติดเชื้อ					
3.11 อื่น ๆ					
4. ข้อเสนอแนะ(Recommendation)					
4.1 ปัญหา/ความเสี่ยงที่ส่งต่อ					
4.2 กิจกรรมที่ต้องส่งต่อ/ประเด็นติดตาม					
ผู้รับเวร					
1. บันทึกข้อมูลลงในแบบฟอร์มการรับส่งเวรทางการแพทย์					
2. สอบถามประเด็นสงสัย และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น					
3. ขั้นตอนหลังการรับส่งเวร					
ผู้ส่งเวร เปิดโอกาสให้ผู้รับเวรสอบถามข้อสงสัย					
ผู้รับเวร ตรวจสอบอาการผู้ป่วยร่วมกับผู้ส่งเวร					

ภาคผนวก ณ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิ

สังกัด

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กุลวดี อภิชาติบุตร

อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการบริหารการพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. บุญพิชชา จิตต์ภักดี

อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการบริหารการพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

นางสาวนงลักษณ์ บุญเยี่ย

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก
โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ประวัติผู้เขียน

- ชื่อ-นามสกุล นางสาวพิมพ์กษมา ศรีชาติธนวัต
- วัน เดือน ปี เกิด 13 ตุลาคม พ.ศ. 2515
- ประวัติการศึกษา ปี พ.ศ. 2538 ประกาศนียบัตรการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช พิษณุโลก
ปี พ.ศ. 2546 ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทาง
การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลศิริราช
- ประวัติการทำงาน พ.ศ. 2538-ปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก
กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก



มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved