

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพัฒนา (Development study) เพื่อพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โดยใช้การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง FOCUS-PDCA และ เครื่องมือสื่อสารแบบ SBAR ดำเนินการระหว่างเดือนสิงหาคม 2560 ถึงเดือนมกราคม 2561 เป็นระยะเวลา 6 เดือน ผู้ศึกษาได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์ และนำเสนอผลการศึกษิตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วนดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของประชากร

ส่วนที่ 2 คุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล

ส่วนที่ 3 ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ ในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของประชากร

ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลที่มปฏิบัติกรรับส่งเวรทางการพยาบาล หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม หัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก แสดงดังตารางที่ 4-1

ตารางที่ 4-1

จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ที่มปฏิบัติกรรับส่งเวรทางการพยาบาล หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส วุฒิกการศึกษา ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ประสบการณ์การศีกษาอบรม เกี่ยวกับการรับส่งเวร (n=14)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี) ($\bar{X}$ = 32.50, SD = 7.01, min -max = 24.00-49.00)		
21-30 ปี	4	28.57
31-40 ปี	8	57.14
41-50 ปี	2	14.29
เพศ		
ชาย	3	21.43
หญิง	11	78.57
สถานภาพสมรส		
โสด	7	50.00
สมรส	7	50.00
วุฒิกการศึกษา		
ปริญญาตรี	14	100.00
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน(ปี) ($\bar{X}$ = 8.21, SD = 5.63, min-max = 2.00-22.00)		
1- 5 ปี	4	28.57
6- 10 ปี	7	50.00
11-15 ปี	1	7.14
16-20 ปี	2	14.29
ประสบการณ์การศีกษาอบรมเกี่ยวกับการรับส่งเวร		
ไม่เคย	14	100.00

จากตารางที่ 4-1 แสดงให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพทีมปฏิบัติการรับส่งเวรทางการพยาบาลหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จำนวน 14 คน มีอายุเฉลี่ย 32 ปี โดยร้อยละ 57.14 มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี ร้อยละ 78.57 เป็น เพศหญิง มีสถานภาพโสด และสมรสเท่ากันร้อยละ 50 มีวุฒิการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 100 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเฉลี่ย 8.21 ปี ซึ่งร้อยละ 50 มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานมากที่สุดอยู่ในช่วง 6- 10 ปี และร้อยละ 100 พยาบาลทุกคนไม่เคยมีประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการรับส่งเวร

ส่วนที่ 2 คุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล

คุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล เป็นการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โดยใช้การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง FOCUS-PDCA และ เครื่องมือสื่อสารแบบ SBAR จากการสังเกตการณ์ปฏิบัติของพยาบาลทีมปฏิบัติ จำนวน 14 คน ทุกคนจะได้รับการสังเกตในเรื่องบทบาทผู้ส่งเวรและผู้รับเวรครบทุกเวร ได้แก่ เวรเช้า เวรบ่าย เวรดึก เวรละ 14 คน ทั้งหมดรวม 42 ครั้ง เป็นการส่งเวรผู้ป่วยรายใหม่ หรือรายเก่า ทำการลงสังเกตการณ์ปฏิบัติตามแนวทางการรับส่งเวรแบบ SBAR ครั้งละ 1 สัปดาห์ เปรียบเทียบผลการปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรครั้งที่ 1 (วันที่ 7-11 มกราคม 2561) และครั้งที่ 2 (วันที่ 14-18 มกราคม 2561) แสดงผลดังตารางที่ 4-2

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ตารางที่ 4-2

เปรียบเทียบจำนวน และร้อยละของทีมปฏิบัติ ที่ปฏิบัติตามแนวทางการรับส่งเวรทางการพยาบาล แบบ SBAR หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 (n=42)

รายการสังเกต	จำนวน (ร้อยละ) ของทีมปฏิบัติ ที่ปฏิบัติตามแนวทางการรับส่งเวร ได้ครบถ้วน และถูกต้อง	
	การสังเกตครั้งที่ 1	การสังเกตครั้งที่ 2
1. ขั้นตอนการส่งเวร ตามแบบSBAR ก่อนส่งเวร		
30 นาทีที่มีการเตรียมตัว ดังต่อไปนี้		
ผู้ส่งเวร		
1. ตรวจสอบอาการผู้ป่วยและ round chart	36 (85.71)	40 (95.24)
2. จัดเตรียมเอกสารต่างๆให้พร้อม	36 (85.71)	40 (95.24)
3. ตรวจสอบอุปกรณ์และความถูกต้อง ครบถ้วน	(90.48)	42 (100.00)
ของแบบบันทึกต่างๆ		
4. ตรวจสอบสถานที่ที่ย้ายเตียงให้พร้อม	42 (100.00)	42 (100.00)
ผู้รับเวร		
1. ดูตารางมอบหมายผู้ป่วยที่ได้รับผิดชอบ	42 (100.00)	42 (100.00)
2. ตรวจสอบผู้ป่วยก่อนรับเวรคร่าวๆ	42 (100.00)	42 (100.00)
3. เตรียมเอกสารรับเวรและ นั่งพร้อมรับเวร	38 (90.48)	42 (100.00)
2. ขั้นตอนการรับส่งเวร		
ผู้ส่งเวร		
1. รายงานสถานการณ์ (Situation)		
รายใหม่		
1.1 ชื่อเตียง	10 (100.00)	10 (100.00)
1.2 ชื่อ-สกุล	10 (100.00)	10 (100.00)
1.3 อายุ	6 (60.00)	10 (100.00)
1.4 วันที่เข้ารับการรักษา	10 (100.00)	10 (100.00)
1.5 หอผู้ป่วยแรกรับ	10 (100.00)	10 (100.00)

ตารางที่ 4-2 (ต่อ)

รายการสังเกต	จำนวน (ร้อยละ) ของทีมปฏิบัติ ที่ปฏิบัติตาม แนวทางการรับส่งเวรได้ครบถ้วน และถูกต้อง	
	การสังเกตครั้งที่ 1	การสังเกตครั้งที่ 2
1.6 วันที่รับย้ายเข้า ไอ ซี ยู	10 (100.00)	10 (100.00)
1.7 แพทย์เจ้าของไข้	10 (100.00)	10 (100.00)
1.8 แพทย์ผู้ดูแลร่วม	10 (100.00)	10 (100.00)
1.9 อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	10 (100.00)	10 (100.00)
1.10 การวินิจฉัยครั้งแรก	10 (100.00)	10 (100.00)
1.11 วินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย	10 (100.00)	10 (100.00)
1.12 หัตถการ/การผ่าตัด	10 (100.00)	10 (100.00)
1.13 วันที่ทำหัตถการ/ผ่าตัด	10 (100.00)	10 (100.00)
1.14 สถานการณ์การรักษาที่สอดคล้องกับปัญหา ที่ผ่านมา	10 (100.00)	10 (100.00)
1.15 อาการปัจจุบัน	10 (100.00)	10 (100.00)
รายเก่า		
1.1 ชื่อเตียง	32 (100.00)	32 (100.00)
1.2 ชื่อ-สกุล	32 (100.00)	32 (100.00)
1.3 อายุ	28 (87.50)	29 (90.63)
1.4 การวินิจฉัยโรค	32 (100.00)	32 (100.00)
1.5 หัตถการ/การผ่าตัด	32 (100.00)	32 (100.00)
1.6 วันที่ทำหัตถการ/ผ่าตัด	28 (87.50)	29 (90.63)
1.7 แพทย์เจ้าของไข้	28 (87.50)	29 (90.63)
2. ข้อมูลภูมิหลัง (Background)		
ผู้ป่วยรายใหม่		
2.1 ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน	10 (100.00)	10 (100.00)
2.2 ประวัติเจ็บป่วยในอดีต	10 (100.00)	10 (100.00)
2.3 โรคประจำตัว	10 (100.00)	10 (100.00)
2.4 การแพ้ยาและอาหาร	10 (100.00)	10 (100.00)
2.5 เหตุที่เข้ารับการรักษา	10 (100.00)	10 (100.00)

ตารางที่ 4-2 (ต่อ)

รายการสังเกต	จำนวน (ร้อยละ) ของทีมปฏิบัติ ที่ปฏิบัติตาม แนวทางการรับส่งเวรได้ครบถ้วน และถูกต้อง	
	การสังเกตครั้งที่ 1	การสังเกตครั้งที่ 2
<u>ראה</u> ให้ข้อมูลประวัติปัญหาทางการพยาบาล และการรักษาที่ได้รับจากเวรที่ผ่านมา		
- ว/ด/ป ที่เกิดเหตุ	32 (100.00)	32 (100.00)
- เหตุการณ์ที่เกิด		
- การรักษาที่ได้รับ		
- ว/ด/ป ที่สิ้นสุด		
2.6 ผล X-ray และผลตรวจอื่นๆ ที่ผิดปกติ		
- ผล Echocardiogram (Echo),	32 (100.00)	32 (100.00)
- Coronary angiogram (CAG)		
3. การประเมิน (Assessment)		
<u>ראה</u>		
3.1 ปัญหาและการรักษาในห้องผ่าตัด	10 (100.00)	10 (100.00)
3.2 ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย	10 (100.00)	10 (100.00)
3.3 สัญญาณชีพที่ผิดปกติ	10 (100.00)	10 (100.00)
3.4 อาการและอาการแสดงที่ผิดปกติ	10 (100.00)	10 (100.00)
3.5 ผล lab, ผล X-ray และผลตรวจ ที่ผิดปกติ	10 (100.00)	10 (100.00)
3.6 กิจกรรมทางการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย	10 (100.00)	10 (100.00)
3.7 ผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาลที่ได้ทำแล้ว	10 (100.00)	10 (100.00)
<u>ทั้งראהและראה</u> ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และข้อมูลสนับสนุน_และการพยาบาลที่ได้รับ		
3.1 แพลงผ่าตัดและสายระบายต่างๆ	42 (100.00)	42 (100.00)
3.2 ระบบประสาท	42 (100.00)	42 (100.00)
3.3 ระบบหัวใจและหลอดเลือด	42 (100.00)	42 (100.00)

ตารางที่ 4-2 (ต่อ)

รายการสังเกต	จำนวน (ร้อยละ) ของทีมปฏิบัติ ที่ปฏิบัติตาม แนวทางการรับส่งเวรได้ครบถ้วน และถูกต้อง	
	การสังเกตครั้งที่ 1	การสังเกตครั้งที่ 2
3.4 ระบบไหลเวียน	42 (100.00)	42 (100.00)
3.5 ระบบทางเดินหายใจ	42 (100.00)	42 (100.00)
3.6 ระบบทางเดินอาหาร	42 (100.00)	42 (100.00)
3.7 ระบบทางเดินปัสสาวะ	42 (100.00)	42 (100.00)
3.8 ระบบต่อมไร้ท่อ	42 (100.00)	42 (100.00)
3.9 ความเจ็บปวด	36 (85.71)	38 (90.48)
3.10 ระบบติดเชื้อ	42 (100.00)	42 (100.00)
3.11 อื่น ๆ	42 (100.00)	42 (100.00)
4. ข้อเสนอแนะ(Recommendation)		
ปัญหา/ความเสี่ยงและกิจกรรมที่ส่งต่อ	36 (85.71)	42 (100.00)
ขั้นตอนการรับส่งเวร		
ผู้ส่งเวร		
1. ส่งเวรด้วยน้ำเสียงและลำดับ ถูกต้องชัดเจน	42 (100.00)	42 (100.00)
2. ตอบข้อซักถามได้	42 (100.00)	42 (100.00)
ผู้รับเวร		
1. บันทึกข้อมูลลงในแบบฟอร์มการรับส่งเวร	42 (100.00)	42 (100.00)
2. สอบถามประเด็นสงสัย และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น	42 (100.00)	42 (100.00)
ขั้นตอนหลังการรับส่งเวร		
ผู้ส่งเวร		
1. ทบทวนและอภิปรายเพื่อให้เข้าใจตรงกัน	42 (100.00)	42 (100.00)
2. สรุปและส่งต่อไปRecommendation	36 (85.71)	42 (100.00)
ผู้รับเวร		
1. ตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยร่วมกับผู้ส่งเวร	42 (100.00)	42 (100.00)
2. ทบทวนความเข้าใจและจัดเก็บเอกสาร	42 (100.00)	42 (100.00)

จากตารางที่ 4-2 แสดงให้เห็นว่า ภายหลังจากสังเกตครั้งที่ 2 ทีมปฏิบัติการรับส่งเวรทางการพยาบาลทั้งหมด มีการปฏิบัติตามแนวทางการรับส่งเวรได้ครบถ้วนและถูกต้อง ร้อยละ 100 เป็นส่วนใหญ่ ทั้งสองครั้ง โดยในการสังเกตครั้งที่ 2 พบปฏิบัติตามแนวทางการรับส่งเวรได้ครบถ้วนและถูกต้องเพิ่มขึ้นจากครั้งที่ 1 จำนวน 5 รายการ ได้แก่ 1) อายุ ทั้งในรายใหม่ และรายเก่า 2) วันที่ทำหัตถการ/ผ่าตัด ในรายเก่า 3) แพทย์เจ้าของไข้ ในรายเก่า 4) ระดับความเจ็บปวด และ 5) ปัญหา/ความเสี่ยงและกิจกรรมที่ส่งต่อ ปฏิบัติตามแนวทางการรับส่งเวรได้ครบถ้วนและถูกต้อง มากกว่าร้อยละ 80

1. ความพึงพอใจต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล หอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

ภายหลังจากพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล โดยใช้การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง FOCUS-PDCA และ เครื่องมือสื่อสารแบบ SBAR จากการประชุมทีมปฏิบัติการรับส่งเวรทั้งหมด ทุกคนมีความพึงพอใจต่อแนวทางการรับส่งเวรทางการพยาบาลครั้งนี้ ร้อยละ 64.29 มีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายการรับส่งเวร ระดับมาก ร้อยละ 35.71 มีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายการรับส่งเวร ระดับมากที่สุด โดยให้เหตุผลว่า มีแนวทางการรับส่งเวรเป็นแนวทางเดียวกัน บันทึกรายงาน มีเอกสารหลักฐานในการรับส่งเวรที่สามารถตรวจสอบได้ ทบทวนได้ ได้ประเด็นสำคัญ และเรียงตามระบบ ลดระยะเวลาในการรับส่งเวร

ความพึงพอใจของทีมปฏิบัติคือ ได้มีส่วนร่วมในการสร้างมาตรฐานทางการพยาบาลในการรับส่งเวรทางการพยาบาลให้มีแนวทางเดียวกัน ตอบสนองต่อนโยบายกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โดยสรุปเหตุผลความพึงพอใจได้ ดังคำพูดที่ว่า

“พึงพอใจเพราะ มีแนวทางการรับส่งเวรที่เป็นระบบ ทบทวนได้ ลดปัญหาการส่งเวรวกไปวนมา ระบบทำให้ผู้ส่งเวร และผู้รับเวรมีการเรียงลำดับเหตุการณ์ตรงกัน”

“พึงพอใจกับการมีหลักฐานในการทบทวนการรับส่งเวร ในเรื่องประเด็นสำคัญต่างๆ ลดปัญหาการเดาว่าใช่หรือไม่ สะดวกต่อการติดตามปัญหา โดยเฉพาะกรณีผู้รับเวรจดไม่ทัน”

“พึงพอใจกับการที่ทุกคนมีส่วนร่วมในการพัฒนาการรับส่งเวรทางการพยาบาลให้เป็นระบบ ภายใต้อาณัติข้อมูลที่เกี่ยวข้องได้ จึงเกิดความมั่นใจในการใช้แนวปฏิบัติ”

“พึงพอใจเพราะการให้ข้อเสนอแนะ ในประเด็นติดตาม ทำให้เห็นกิจกรรมที่ต้องทำในเวรต่อมา เฝ้าระวังชัดเจน ช่วยในการลดอุบัติเหตุได้”

“พึงพอใจเพราะผู้รับเวรมีความตั้งใจในการรับเวร จดบันทึกง่าย สะดวก ลดระยะเวลา”

2. อุบัติการณ์ที่เกิดจากการรับส่งเวรทางการพยาบาล หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

ผลจากการติดตามอุบัติการณ์ที่เกิดจากการรับส่งเวรทางการพยาบาล ก่อนพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล ในเดือนมกราคม ถึงเดือนกรกฎาคม 2560 และหลังการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล โดยใช้การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง FOCUS-PDCA และ เครื่องมือสื่อสารแบบ SBAR ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจ และทรวงอก ตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2560-มกราคม 2561 เป็นเวลา 6 เดือน ผลลัพธ์ คือ ไม่พบอุบัติการณ์ภายหลังการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล แสดงผลดังตารางที่ 4-3

ตารางที่ 4-3

จำนวนอุบัติการณ์จากการรับส่งเวรทางการพยาบาล หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก

เดือน อุบัติการณ์	ม.ค.2560-ก.ค.2560	ส.ค.2560-ธ.ค. 2560	ม.ค. 2561
1.ความผิดพลาดทางยา	0	0	0
2.การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	0	0	0
3.แผลกดทับเพิ่มขึ้น	6	0	0
4.การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ	0	0	0
5.การเข้าไอ ซี ยู ซ้ำ	0	0	0

จากตารางที่ 4-3 แสดงให้เห็นว่า ระหว่างดำเนินการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลแบบ SBAR ทีมพัฒนาคุณภาพติดตามอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นจากความผิดพลาดของการรับส่งเวรทางการพยาบาล โดยใช้แบบบันทึกอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากการรับส่งเวรทางการพยาบาล ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จากการติดตาม ทีมพัฒนาคุณภาพประชุมลงความเห็น ว่า ไม่พบอุบัติการณ์ในการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวร

ส่วนที่ 3 ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ เพื่อพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลในภาคหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช

ภายหลังการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลโดยใช้การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง FOCUS-PDCA และ เครื่องมือสื่อสารแบบ SBAR หลังสังเกตการณ์การปฏิบัติตามแนวทางดังกล่าว พบว่า ยังมีการปฏิบัติไม่ครบถ้วนและไม่ถูกต้อง ร้อยละ 100 ในรายการต่างๆ ได้แก่ การรายงานอายุผู้ป่วยทั้งรายใหม่และรายเก่า วันที่ทำหัตถการ แพทย์เจ้าของไข้ ระดับความเจ็บปวดและปัญหา/ ความเสี่ยงและกิจกรรมที่ส่งต่อ จากการประชุมร่วมกับทีมปฏิบัติ ร่วมแสดงความคิดเห็นของปัญหา และให้ข้อเสนอแนะ เพื่อพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล ดังนี้

1. ปัญหาแบบฟอร์มการรับส่งเวรทางการพยาบาล หลังการนำไปปฏิบัติทั้ง 2 ครั้ง พบว่าทีมปฏิบัติยังมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการบันทึก ทั้งการรายงานในรายใหม่ และรายเก่าไม่ตรงกัน จึงบันทึกไม่ตรงประเด็น และแบบฟอร์มยังไม่สะดวกต่อการใช้บันทึก จากการสังเกตของทีมพัฒนาคุณภาพ สรุปดังกล่าว

“แบบฟอร์มนี้บันทึกอย่างไร รายเก่าต้องบันทึกประวัติผู้ป่วยตั้งแต่ อาการสำคัญ ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน แล้วกรณข้อมูลในห้องผ่าตัด ถ้ามีข้อมูลนอกเหนือจากที่ระบุในแบบฟอร์มแล้ว จะลงรายละเอียดเกี่ยวกับประเด็นปัญหาที่ได้รับการแก้ไขในห้องผ่าตัดอย่างไร ช่อกน้อยไม่พอบันทึก”

“ถ้าเราเวรตึกบันทึกรับเวรแล้ว และบันทึกในใบข้อเสนอแนะ ส่งต่อประเด็นปัญหาให้เวรเข้าแล้ว ถ้าต้องมาต่อเวรบ่าย ในกรณีดูแลผู้ป่วยคนเดิม เวลามารับเวรบ่าย ใช้ใบเดิมได้หรือไม่ เพราะปัญหาเหมือนเดิม จะได้ระยะเวลา เวรเช้าจะได้ลงเวรเร็ว และความซ้ำซ้อนของการบันทึกรับเวร”

“บันทึกรับเวร เขียนแต่ประเด็นภาวะที่ปกติ ปัสสาวะออก 30 ซีซีต่อชั่วโมง เป็นภาวะปกติ จึงทำให้จดบันทึก จำนวนเลือดที่ออกจากท่อระบายทรวงอกไม่ทัน ไม่ทราบประเด็นปัญหาเรื่องผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกมากหลังผ่าตัด จดเรื่องการติดตามผลเลือดไว้แต่ไม่ได้สอบถามเรื่องการขอเลือดและส่วนประกอบของเลือดเพิ่มเติม”

“แบบฟอร์มใบข้อเสนอแนะ ผู้ส่งเวรเวรตึกไม่ลงประเด็นเรื่องการส่งนัดผู้ป่วยเพื่อทำ Echocardiogram แต่ส่งเวรให้ประสานกับห้องตรวจ Echocardiogram เมื่อเวรเช้าประสานงาน

“ไปกับห้องตรวจ เจ้าหน้าที่แจ้งว่าไม่พบใบนำส่งตรวจ ทบทวนกับแพทย์เจ้าของไข้รับทราบ
ว่ายังไม่ได้ดำเนินการเรื่องขอส่งตรวจ Echocardiogram”

ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาการรับส่งเวร

สร้างความเข้าใจในการใช้แบบฟอร์มการรับส่งเวรที่พัฒนาขึ้น ติดตาม และให้คำแนะนำ
ทีมปฏิบัติในการใช้แบบฟอร์มการรับส่งเวร เป็นระยะๆ เช่นทุกวัน ช่วงเช้า เวลา 8.00 น. และ ช่วง
บ่ายเวลา 15.00 น. ฝึกการใช้แบบฟอร์มการรับส่งเวร และตอบข้อซักถามผ่านทางไลน์ หรือทาง
โทรศัพท์ ทบทวน นิเทศ ติดตามก่อนมีการส่งเวรทุกวัน โดยทีมพัฒนาคุณภาพ

2. ผู้ส่งเวรขาดการเตรียมความพร้อมก่อนส่งเวร การขาดการเตรียมความพร้อมก่อนส่งเวร คือ
ผู้ส่งเวรบางคนขาดการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยอย่างคร่าวๆ ให้เหตุผลว่าการปฏิบัติตามแนวทางการรับส่งเวร
ต้องมีการบันทึกข้อมูลในใบส่งต่อประเด็นปัญหา และกิจกรรมส่งต่อ บางครั้งผู้ป่วยมีภาวะสัญญาณ
ชีพไม่คงที่ หรือผู้ป่วยอยู่ในระยะวิกฤต มีข้อมูลปริมาณมาก ใช้เวลาในการบันทึกแบบฟอร์มมาก ทำ
ให้ศึกษาข้อมูลและตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยไม่ทัน ประกอบกับผู้รับเวรมาสาย บางครั้งต้องเร่งรีบใน
การส่งเวร โดยสังเกตจากคำพูด ดังนี้

“รับเวรเร็วๆ เพราะเราต้องรีบมาต่อป่วย ซึ่งผู้ป่วยมีอาการทรุดลง ความดันโลหิตต่ำ
จำนวนปัสสาวะออกน้อย มีการรายงานแพทย์เพื่อทำการ Loading Acetar 300 ซีซี ต่อด้วยการ
เตรียมทำ Intra Aortic Balloon Pump : IABP วางแผนทำที่ข้างเตียงผู้ป่วย เขียนในประเด็นส่ง
ต่อแผนการรักษา แต่ไม่ได้ตรวจเยี่ยม จึงไม่ได้ Load น้ำเกลือ

“ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจมีผื่นแดงไม่มูน ลักษณะคล้ายจุดจ้ำเลือดจากเกล็ดเลือดต่ำ ไม่ได้
ซักถามผู้ส่งเวรเพิ่มเติมเรื่องการเฝ้าระวังติดตาม หรือเจาะเลือดเพื่อตรวจหาปริมาณเกล็ดเลือด
ในร่างกาย เมื่อตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ แพทย์มีคำสั่งให้เจาะเลือดตรวจดูปริมาณเกล็ด
เลือด ผลออกมารายงานแพทย์รับทราบ แพทย์ลงความเห็นสงสัยแพ้ยา ให้ระงับการใช้ยา
clindamycin และส่งปรึกษาเภสัชกร”

ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาการรับส่งเวร

ทีมปฏิบัติเสนอแนะในการเตรียมความพร้อมก่อนส่งเวร คือ ควรกำหนดเวลาการมารับเวร
บริหารเวลาในการส่งต่อข้อมูล เพื่อให้มีเวลาในการศึกษาข้อมูลก่อนส่งเวร และใช้แบบฟอร์มการ
รับส่งเวรทางการพยาบาลแบบ SBAR ส่งเวร เน้นการบันทึกส่งต่อเรื่องประเด็นปัญหาสำคัญทุกราย

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล ในหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก โดยใช้แนวคิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง FOCUS-PDCA และ เครื่องมือสื่อสารแบบ SBAR ร่วม อภิปรายผลตามคำถามการศึกษา ดังนี้

1. มีการประเมินคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลหลังการพัฒนา จาก 3 ตัวชี้วัดอภิปรายได้ดังต่อไปนี้

1) ความถูกต้อง ครบถ้วนในแต่ละหัวข้อการสื่อสารตามรูปแบบ SBAR

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล โดยใช้การสื่อสารแบบ SBAR ครั้งที่ 1 พบประเด็นปฏิบัติครบถ้วนถูกต้องน้อยกว่า ร้อยละ 100 ได้แก่ การรายงานอายุในผู้ป่วยรายใหม่ ปฏิบัติครบถ้วนถูกต้อง ร้อยละ 85.71 ประเด็นตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วย และ round chart ก่อนส่งเวร เตรียมเอกสารไม่พร้อม และไม่บันทึกใบข้อเสนอแนะด้วยปากกาแดง ก่อนส่งเวร ส่วนในรายเก่าพบเรื่องอายุ วันที่ทำหัตถการ/ผ่าตัด แพทย์เจ้าของไข้ รวมถึงใบข้อเสนอแนะประเด็นส่งต่อ อาจเกิดจากความไม่คุ้นเคยกับแบบฟอร์มการรับส่งเวรที่พัฒนาขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ มนนพรรัฐ อุเทน(2558) ที่ได้พัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่า ความไม่คุ้นเคย กับแนวทาง การรับส่งเวร แบบใหม่ มีผลให้การปฏิบัติไม่เป็นไปตามแนวทาง เพราะบุคลากรมักติดอยู่กับการส่ง เวรแบบเดิม จึงต้องมีการกำกับและใช้เวลาให้ทีมปฏิบัติ ได้ปรับตัวเพื่อให้เกิดการปฏิบัติได้ถูกต้อง ครบถ้วนตามแนวทางการรับส่งเวรทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น

นอกจากนี้ ภายหลังพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล โดยใช้การสื่อสารแบบ SBAR ครั้งที่ 1 ยังพบประเด็นการรายงานความเจ็บปวด ปฏิบัติครบถ้วนถูกต้อง ร้อยละ 85.71 อาจเกิดจากความเร่งรีบ เหนื่อยล้า และเอกสารมีปริมาณมาก จึงทำให้ประเมินระดับความเจ็บปวดไม่ ครบถ้วน สอดคล้องกับ วิจิตร คุสุมภ์ และคณะ (2560) ที่กล่าวไว้ว่า ปัญหาของการจัดการความปวด ในผู้ป่วยวิกฤต ที่พบบ่อยมาก คือการประเมินความปวดไม่เพียงพอ จึงจัดการความปวดไม่เพียงพอ หรือต่ำกว่าความเป็นจริง จึงส่งผลกระทบต่อการทำงานและเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบต่างๆ ของร่างกาย และจิตใจ อารมณ์ของผู้ป่วย ดังนั้นในการจัดการความปวดพยาบาลต้องประเมินโดยใช้ระดับคะแนนความปวด (pain scale) และอาการทางคลินิก เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนการพยาบาล เช่นเดียวกับ เกศศิริ วงษ์คงคำ และ อรุณา นาครณ์ (2559) กล่าวว่าไว้ว่าการประเมินความปวด นำสู่การจัดการความปวด เป็นสิ่งสำคัญเพื่อส่งเสริมความสบาย ระบบไหลเวียนโลหิตคงที่ ป้องกัน

ภาวะแทรกซ้อนทางปอด ทำให้ผู้ป่วยได้รับการวางแผนการดูแลต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้ป่วยผ่าตัดหลังหัวใจ ที่มีแผลกึ่งกลางหน้าอกผ่านกระดูกสันอก อาจมีการทำลายเส้นประสาทและกล้ามเนื้อบริเวณทรวงอก อาการปวดจึงรุนแรง ให้ได้รับมาตรฐานที่ดี ดังที่ โรส และ นิวแมน (Rose & Newman, 2016) กล่าวไว้ว่าการพัฒนาแนวปฏิบัติให้เกิดคุณภาพ ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการรับส่งเวร จะเกิดขึ้นเมื่อกระบวนการรับส่งเวรเป็นมาตรฐานเดียวกัน

ดังนั้นภายหลังพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล โดยใช้การสื่อสารแบบ SBAR ครั้งที่ 1 พบรายการที่ทีมปฏิบัติ ปฏิบัติตามแนวทางการรับส่งเวร ครบถ้วนถูกต้องน้อยกว่าร้อยละ 100 ผู้ศึกษาและทีมพัฒนาคุณภาพจึงดำเนินการปรับปรุงคุณภาพตามแนวคิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โพลัส ฟิตซีเอ ของ เดมมิง (Deming, 1993, as cited in McLaughlin & Kaluzny, 1999) ว่าด้วย ทุกครั้งที่วงจรหมุนครบรอบ จะเป็นแรงส่งให้หมุนรอบต่อไป ทำให้เกิดวงล้อวิธีใหม่ ที่ปรับปรุงขึ้น เกิดเป็นแนวปฏิบัติหรือมาตรฐาน ซึ่งทำให้เกิดการพัฒนาอย่างไม่สิ้นสุด ดังนั้นทีมพัฒนาคุณภาพจึงเสนอข้อมูลต่างๆ ให้ทีมปฏิบัติรับทราบ และกระตุ้น ให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการปรับปรุง ในประเด็นที่ยังไม่ครบถ้วนถูกต้อง โดยอาศัยการระดมสมองด้วยวิธีประชุมกลุ่ม ให้ทุกคนมีการแสดงความคิดเห็น สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนเชิงสร้างสรรค์ ร่วมคิดร่วมลงมือปฏิบัติ สอดคล้องกับ อนุวัฒน์ สุขขุดิกุล (2543ก) ที่ได้กล่าวไว้ว่า การระดมสมอง เป็นวิธีการกระตุ้นกลุ่มให้เกิดการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหา สาเหตุ และข้อเสนอแนะต่างๆ อย่างสร้างสรรค์มากที่สุด ภายในระยะเวลาอันสั้น จากนั้นปรับแก้ไขแบบฟอร์มการรับส่งเวร แนะนำติดตามเป็นระยะๆ นำสู่การลงปฏิบัติในครั้งที่ 2 เปรียบเทียบผลคะแนนครั้งที่ 2 พบว่าค่าคะแนนสูงกว่า มีประเด็นปฏิบัติ ครบถ้วนถูกต้องน้อยกว่า ร้อยละ 100 ในรายการเดิมบางส่วน เกิดจากพยาบาลผู้ส่งเวรบางคนปฏิบัติ ไม่ครบถ้วนถูกต้อง เช่น ไม่ใช้แบบฟอร์มการรับส่งเวรที่พัฒนาขึ้น ไม่จดบันทึก และไม่เตรียมเอกสาร หรือยังเข้าใจแนวทางการการรับส่งเวรไม่ชัดเจน ซึ่งสรุปว่าเป็นประเด็นความผิดพลาดที่เกิดจากบุคคล สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ฮิล และ นายซ์ (Hill & Nyce, 2010) ที่กล่าวว่า การรับส่งเวรที่มี ประสิทธิภาพ ต้องมีองค์ประกอบ 3 อย่าง คือ 1) บุคลากรใช้การสื่อสารแบบเผชิญหน้าสองทาง 2) ต้องมีเครื่องมือในการบันทึกรับส่งเวร 3) เนื้อหาต้องมีการตรวจสอบแล้ว พบว่าการส่งเวรโดยอาศัย การสื่อสารแบบ SBAR สามารถเพิ่มคุณภาพการรับส่งเวรได้ ซึ่งผู้ส่งเวรมีความสำคัญ ซึ่งในหอผู้ป่วยหนักนิยม ส่งเวรด้วยวาจามากที่สุด เพราะสามารถสอบถาม แลกเปลี่ยน ประเมินหาข้อผิดพลาดได้อย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในระยะวิกฤตหลังผ่าตัด เพื่อให้การพยาบาลต่อเนื่อง และผู้ป่วยปลอดภัย (Manser & Foster, 2011)

จากการเปรียบเทียบผลของการปฏิบัติตามแนวทางการรับส่งเวรทางการพยาบาลทั้ง 2 ครั้ง พบว่า คะแนนโดยรวมในรายการที่ปฏิบัติครบถ้วนถูกต้อง มากกว่าร้อยละ 80 มีค่าเพิ่มมากขึ้น จึงควรมีการนำรูปแบบการรับส่งเวรทางการพยาบาลแบบ SBAR มาสร้างเป็นมาตรฐานการรับส่งเวรทางการพยาบาล เพราะเพิ่มประสิทธิภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล ช่วยให้สื่อสารเข้าใจง่าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ดังที่ ลีโอนาร์ด และคณะ (Leonard et al., 2004) กล่าวว่า การสื่อสารแบบ SBAR มีประสิทธิภาพต่อการสื่อสารข้อมูล เข้าใจง่าย สอดคล้องกับการศึกษาของ อวยพร กิตติเจริญ และคณะ (2554) ที่พบว่าผลการรับส่งเวรโดยใช้ SBAR กับการสื่อสารของทีมพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วยที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของการสื่อสารของทีมพยาบาล หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง เช่นเดียวกับการศึกษาของ พิมประพรรณ สถาพรพัฒน์ (2553) พบว่า นำการพัฒนาการรับส่งเวรทางการพยาบาลแบบ SBAR ไปใช้ในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต ศัลยกรรมทั่วไป 2 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ผลพบว่าเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ที่การรับส่งเวรทางการพยาบาลแบบ SBAR จะมีประโยชน์ต่อหน่วยงาน มีความง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ ไม่ยุ่งยาก และเหมาะกับการนำไปใช้

นอกจากนี้ ยังพบว่า พยาบาลทีมปฏิบัติ มีการปฏิบัติตามแนวทางการรับส่งเวรทางการพยาบาล ได้ครบถ้วนถูกต้องร้อยละ 100.00 เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งอาจเกิดจากพยาบาลทีมปฏิบัติส่วนใหญ่ มีอายุงานเฉลี่ย มากกว่า 5 ปี มีประสบการณ์ ในการส่งต่อประเด็นปัญหาการดูแล เฝ้าระวังติดตาม รวมถึงแผนการรักษาต่างๆของผู้ป่วยระยะวิกฤต สอดคล้องกับการศึกษาของ เดชชัย โพธิ์กลิ่น (2559) ที่กล่าวว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยหนัก จะมีประสิทธิภาพสูงในเรื่องการสื่อสาร ข้อมูลผู้ป่วยหนักได้เป็นอย่างดี ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล โดยใช้แนวคิด การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง FOCUS-PDCA และ เครื่องมือสื่อสารแบบ SBAR พบว่ามีโอกาส เพิ่มประสิทธิภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล

2) ความพึงพอใจในการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล ในหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก

ภายหลังการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล โดยใช้แนวคิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง FOCUS-PDCA และ เครื่องมือสื่อสารแบบ SBAR ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพทีมปฏิบัติในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอกมีความพึงพอใจระดับมาก จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 64.29 โดยประเด็นที่ให้เหตุผล อาจเนื่องมาจาก

ประการแรก จากการมีแนวทางการรับส่งเวรทางการพยาบาลเป็นแนวทางเดียวกัน ดัง มีการศึกษาหลากหลาย ดังต่อไปนี้ พิมประพรรณ สถาพรพัฒน์ (2553) ที่ได้ศึกษาการพัฒนาการรับส่ง

เวอร์โดยใช้แนวคิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง FOCUS-PDCA และ เครื่องมือสื่อสารแบบ SBAR ไปพัฒนาในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตศัลยกรรมทั่วไป 2 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่พึงพอใจกับการสื่อสารที่ดีขึ้น ทำให้ส่งต่อการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ สั้น กระชับ ไม่ยุ่งยาก ในช่วงของการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก พบว่าพยาบาลทีมปฏิบัติมีความพึงพอใจต่อการนำแนวคิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง FOCUS-PDCA และ เครื่องมือสื่อสารแบบ SBAR อยู่ในระดับมาก จากการมีแนวทางในการสื่อสารที่เป็นแนวทางเดียวกัน มีแบบฟอร์มที่เป็นลายลักษณ์อักษร ตรวจสอบได้ มีการประชุมพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดเป็นนิสัย ในการคิดทบทวน ทดลองใช้ หาสาเหตุ วิเคราะห์หา แนวทางการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน โดยทุกคนมีส่วนร่วม เช่นเดียวกับ จันทรจิรา หาญศิริมีชัย (2558) พบว่า ภายหลังการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวร โดยใช้รูปแบบ SBAR ในหอผู้ป่วยนรีเวชกรรม โรงพยาบาลลำปาง เจ้าหน้าที่พึงพอใจต่อการมีแนวทางการรับส่งเวรในแนวทางเดียวกัน สอดคล้องกับ มนนพรัฐ อุเทน (2558) ได้นำแนวทางการรับส่งเวรมาพัฒนาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 โรงพยาบาล มหาราชนครเชียงใหม่ พบว่า ร้อยละ 96.7 ของพยาบาลปฏิบัติตามแนวทางในการรับส่งเวรทางการ พยาบาลได้ และลดระยะเวลาการรับส่งเวรลงจาก 25.60 นาทีเป็น 22.90 นาที

ประการที่สอง จากการมีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวทางการรับส่งเวรทางการพยาบาล และทีมพยาบาลทุกคนมีส่วนร่วมในการระดมสมอง เพื่อวิเคราะห์ สาเหตุ และประเด็นปัญหาต่างๆ ที่ เกิดจากการรับส่งเวรที่ไม่มีประสิทธิภาพ ดังที่ อนุวัฒน์ สุขขุดิกุล (2543ก) ได้กล่าวไว้ว่า การระดม สมอง เป็นกระบวนการที่มีการรวบรวมความคิดเห็น ประเด็นปัญหา ข้อเสนอแนะต่างๆ จำนวนมาก ภายในระยะเวลาอันสั้น เป็นวิธีการกระตุ้นกลุ่มให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์มากที่สุด นำเสนอต่อกลุ่มพยาบาลทุกคนในรูปแบบภูมิกำแพงปลา สอดคล้องกับ เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ (2549) ที่กล่าวไว้ว่า แผนภูมิกำแพงปลา เป็นแผนภาพที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างผลลัพธ์ กับสาเหตุ ที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ รวบรวมนำมาสร้างเป็นคู่มือการรับส่งเวรทางการพยาบาล ประกอบด้วยความรู้ การรับส่งเวร แนวทางการรับส่งเวรทางการพยาบาล แบบฟอร์มการรับส่งเวรทางการพยาบาล ตาม กรอบการสื่อสารแบบ SBAR ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดใหม่ และเป็นการสนองต่อนโยบายกลุ่มภารกิจ ด้านการพยาบาล ในด้านการพัฒนาระบบกระบวนการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย ตามหลักการที่สถาบัน พัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (สอพ) ทำให้เกิดความภาคภูมิใจกับการมีส่วนร่วมคิด และรู้สึกมี ความเป็นเจ้าของในการพัฒนาคุณภาพครั้งนี้

ประการที่สาม จากการไม่พบอุบัติการณ์ที่เกิดจากการส่งเวร จากการนำแนวคิด โฟกัส ฟิดีซีเอ ของ เดมมิง (Deming, 1993) มาใช้พัฒนาแนวทางการรับส่งเวร โดยใช้การสื่อสารแบบ SBAR

ซึ่งเป็นรูปแบบการสื่อสารที่ตรงสภาพตามความเป็นจริง และสั้น เข้าใจง่าย สอดคล้องกับ อนุวัฒน์ ศุภชุตikul (2543ก) และ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (2556) กล่าวไว้ว่าการสื่อสารที่มีทิศทางการทำงาน จะพัฒนาระบบการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลไปสู่การประเมินในลักษณะของการเสริมพลัง (empowerment evaluation) สามารถในการประเมินตนเองและเห็นโอกาสในการขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงด้วยตนเอง ประกอบกับความตื่นตัวของสถานพยาบาลที่ต้องการต่อยอดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งแสดงให้เห็นถึงคุณภาพในการรับส่งเวรที่พัฒนาขึ้น สามารถครอบคลุมการรายงานประเด็นปัญหาและประเด็นติดตามการดูแลต่อเนื่อง จนไม่เกิดอุบัติการณ์ จึงอาจทำให้พยาบาลพึงพอใจ ประกอบกับสามารถทบทวน ตรวจสอบได้จากการที่มีหลักฐานในการบันทึกการรับส่งเวร ที่เป็นลายลักษณ์อักษร และสามารถสื่อสารข้อมูลสำคัญในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะในระยะวิกฤต ที่ต้องมีการเฝ้าระวังติดตาม อาการและอาการแสดงที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลง หรือทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ และ แก้ไขภาวะคุกคามชีวิต การเจ็บป่วยเฉียบพลัน รวมถึงการกำเริบของโรคเรื้อรังต่างๆ ให้ผู้ป่วยปลอดภัย พ้นภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ (สุจิตรา ลิมอำนวยลาก และคณะ, 2556) สอดคล้องกับการศึกษาของ อวยพร กิตติเจริญ และคณะ (2554) ศึกษาผลการรับส่งเวรโดยใช้ SBAR กับ การสื่อสารของทีมพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วยที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ผลการศึกษาไม่พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับการรับส่งเวรหลังการทดลอง

นอกจากนี้การปรับปรุงและเสนอแนะให้ทีมปฏิบัติได้มีส่วนร่วมในการเลือกแนวทางแก้ไขปัญหา โดยใช้วิธีการลงคะแนนพหุ (Multi vote) ในการปรับแก้ไขแนวทางการรับส่งเวร สอดคล้องกับการศึกษาของ อนุวัฒน์ ศุภชุตikul (2543ก) ที่มีการใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพเป็นการกระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและร่วมตัดสินใจว่าจะต้องปรับแก้ไขในเรื่องปัญหา ความเสี่ยงที่ต้องติดตามเพื่อติดตามและวางแผนการดูแลต่อเนื่องในแต่ละเวร ให้ผู้ป่วยปลอดภัย ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ แคลลี (Kelly, 2012) ที่กล่าวว่า การพัฒนาคุณภาพอย่างมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล และพัฒนาวิธีการเรียนรู้ เพื่อผลลัพธ์สุดท้ายเกิดผลดีต่อผู้ป่วย ดังที่ โรส และ นิวแมน (Rose & Newman, 2016) กล่าวว่าไว้ว่าการพัฒนาแนวปฏิบัติให้เกิดคุณภาพ ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการรับส่งเวร จะเกิดขึ้นเมื่อกระบวนการรับส่งเวรเป็นมาตรฐานเดียวกัน

3) จากการศึกษาครั้งนี้ ภายหลังพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล โดยใช้การสื่อสารแบบ SBAR ไม่พบอุบัติการณ์ที่เกิดจากการรับส่งเวร สอดคล้องกับการศึกษาของ คริสตี้ และ โรบินสัน (Christie & Robinson, 2009) พบว่า อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ลดลง และไม่เกิดอุบัติการณ์ความผิดพลาดจากการส่งเวร นอกจากนี้สถานที่การรับส่งเวรเป็นบริเวณท้ายเตียง ส่วนใหญ่จะไม่มีกิจกรรมแทรกกระหว่างการรับส่งเวร เนื่องจากมีบุคลากรอื่นในการดำเนินการแทน ขณะที่ผู้ส่งเวรและ

ผู้รับเวร ดำเนินการรับส่งเวรอยู่ โดยผู้ส่งเวรใช้แบบฟอร์มการรับส่งเวรทางการพยาบาลที่ทีมพัฒนาคุณภาพได้สร้างขึ้น ใช้การสื่อสารแบบ SBAR ครบทุกขั้นตอน มีการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยก่อนส่งเวรทุกครั้ง บันทึกประเด็นติดตามด้วยปากกาสีแดง ก่อนส่งเวรทุกครั้ง โดยผู้รับเวรทำการบันทึกในแบบฟอร์มการรับส่งเวรทางการพยาบาลด้วยปากกาน้ำเงิน ซึ่งสามารถตรวจสอบได้ภายหลังสิ้นสุดการรับส่งเวร พบว่าคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล มีประสิทธิภาพในเรื่องการรับส่งเวรเป็นระบบ ตามระบบต่างๆ ไม่วุ่นวาย ไม่เย็นเยื่อ ได้เนื้อหาโดยสรุป ซึ่งสะดวกต่อการอ่านทบทวนในภายหลังได้ การส่งเวรที่มีประสิทธิภาพ ภายใต้การนำแนวคิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง FOCUS-PDCA และ เครื่องมือสื่อสารแบบ SBAR เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย คือ ไม่เกิดอุบัติเหตุ ผิดพลาด และ ผลลัพธ์ที่ดีต่อบุคลากรในทีมสุขภาพ คือ พยาบาลส่งเวรได้ถูกต้อง ครบถ้วน มีความพึงพอใจที่เป็นแนวทางเดียวกัน ส่งผลให้ดูแลผู้ป่วยปลอดภัย

2. ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ ในการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก

ผลลัพธ์จากการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวร โดยใช้แบบ SBAR ว่ามีการปฏิบัติตามครบถ้วนถูกต้อง น้อยกว่าร้อยละ 100 ในรายการ ได้แก่ การรายงานอายุ ทั้งในรายใหม่และรายเก่า และการรายงานระดับความเจ็บปวด ส่วนในรายเก่า คือการรายงานวันที่ทำหัตถการ/ผ่าตัด แพทย์เจ้าของไข้ อุปสรรคที่ทำให้การรายงานไม่ครบถ้วน และไม่ถูกต้อง ร้อยละ 100 สาเหตุของปัญหา อุปสรรคแบ่งเป็น 2 สาเหตุ ได้แก่

1) สาเหตุจากแบบฟอร์มการรับส่งเวร เนื่องจากทั้งผู้ส่งและผู้รับเวร ยังไม่คุ้นเคยกับการเปลี่ยนแปลงแนวทางการรับส่งเวร ระยะเวลาที่ทดลองปฏิบัติ และการใช้จริงมีเวลาสั้น ถึงแม้ว่าทีมพัฒนาคุณภาพมีการสอน สาธิต จัดทำคู่มือการรับส่งเวร และติดตั้งตัวอย่างการบันทึกแบบฟอร์มการรับส่งเวรทางการพยาบาล ภายหลังยังพบว่าทีมปฏิบัติยังปฏิบัติไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง ร้อยละ 100 สัมพันธ์กับระดับการรับรู้ประโยชน์ของการรับส่งเวรที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นอุปสรรคด้านบุคคล ดังที่ อวยพร กิตติเจริญ และคณะ (2554) กล่าวไว้ในการศึกษาผลของการรับส่งเวร โดยใช้ SBAR ของทีมการพยาบาล และความปลอดภัยของผู้ป่วย สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ผลการศึกษาพบว่า ระดับการรับรู้ประโยชน์ของพยาบาลวิชาชีพหลังการรับส่งเวรโดยใช้ SBAR อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องมาจากการรับส่งเวร โดยใช้ SBAR เป็นแนวคิดใหม่สำหรับการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งการรับส่งเวรโดยใช้ SBAR มี 4 องค์ประกอบ คือ สถานการณ์- ภูมิหลัง- การประเมิน- ข้อเสนอแนะ โดยในส่วนการประเมินผล (A: Assessment) โดยพยาบาลส่วนใหญ่ตั้งปัญหาทางการพยาบาลน้อย และการกำหนดข้อเสนอแนะ (R: Recommendation) ไม่ตรงประเด็นปัญหา จึงรู้สึกว่าการบันทึกมี

ความยุ่งยาก พยาบาลบางส่วนเกิดความรู้สึกไม่มั่นใจว่าจะรายงานข้อมูลปัญหาที่ผ่านมา ปัญหา/อุปสรรคที่ต้องส่งต่อ และประเด็นติดตามครบถ้วน สอดคล้องกับการศึกษาของ จรรยา กาวิเมือง (2558) ที่นำแนวทางการรับส่งเวร พัฒนาพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 3 โรงพยาบาลนครพิงค์ เชียงใหม่ พบว่า แรงจูงใจบุคลากรที่จะเปลี่ยนแปลงการทำงานจากแบบเดิมเป็นแบบใหม่ ต้องมีการนำแรงจูงใจที่เป็นรูปธรรม ในลักษณะว่า ทำแล้วจะเกิดประโยชน์ หรือลดภาระงานได้อย่างชัดเจน ชื่นชมทีมงาน หรือยกตัวอย่างผู้ที่สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องที่เป็นตัวอย่างได้ เพื่อให้เกิดความร่วมมือ นอกจากนี้ในส่วนของผู้ส่งเวร ยังมีเนื้อหาที่ต้องเตรียม ทั้งเอกสารและเตรียมตัวก่อนส่งเวรหลายขั้นตอน จึงทำให้มีโอกาสดูปฏิบัติตามแนวทางการรับส่งเวรที่พัฒนาขึ้น ไม่ครบถ้วนและไม่ถูกต้อง นอกจากนี้พบว่าความผิดพลาดจากการสื่อสารด้านพยาบาลผู้ส่งเวรมากที่สุด เหตุจากรูปแบบการรับส่งเวรที่พัฒนาขึ้นใหม่ ถึงแม้มีคู่มือการรับส่งเวรที่เป็นระบบระเบียบที่ชัดเจนแล้ว แต่ผู้ส่งเวรมีกิจกรรมที่ต้องทำมากกว่าด้านอื่นๆ จึงทำให้ผิดพลาดสูงกว่าด้านอื่นๆ ภายหลังการนำแบบฟอร์มการรับส่งเวรทางการพยาบาลโดยใช้แนวคิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง FOCUS-PDCA และเครื่องมือสื่อสารแบบ SBAR ทีมปฏิบัติอาจเลือกที่จะใช้แนวการรับส่งเวรโดยใช้ SBAR ต่อ แต่ควรมีการปรับแบบฟอร์มให้มีช่องว่างมากขึ้น มีการสร้างความเข้าใจในการใช้แบบฟอร์ม ติดตาม และฝึกการใช้แบบฟอร์มโดยทีมพัฒนาคุณภาพเป็นระยะๆ

2) ด้านการตรวจเยี่ยมก่อนส่งเวร พยาบาลผู้ส่งเวรบางคนไม่ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยก่อนส่งเวร ให้ความเห็นว่าข้อมูลที่ต้องเตรียมก่อนส่งเวรมีปริมาณมาก ใช้ระยะเวลามากในการเก็บข้อมูลให้เพียงพอ ทำให้ไม่สามารถตรวจเยี่ยมก่อนส่งเวรได้ทัน ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ได้ อธิบายในการวิเคราะห์ประเด็นแนวโน้มการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงต่างๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ แอนดิโอรี และคณะ (Andreoli et al., 2010) ได้ศึกษาทดลองใช้การสื่อสารแบบ SBAR ในทีมพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพ มีการรายงานความเสี่ยง วัดระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษาสั้นเกินไป จึงยังไม่สามารถสรุปผลได้ อีกทั้งหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก มีผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤต ข้อมูลมีความซับซ้อน มีประเด็นปัญหา การพยาบาล และแผนการดูแลรักษาจำนวนมาก ต้องการติดตามและตรวจเยี่ยมอาการตลอดเวลา เมื่อมีจำนวนข้อมูลปริมาณมาก ใช้เวลาในการเตรียมความพร้อมเรื่องเอกสารมากเจ้าหน้าที่จึงต้องเร่งรีบในการส่งเวร เป็นเหตุให้การส่งเวรไม่ครบถ้วน ส่วนใหญ่เป็นเวรดึก หรือทุกเวรที่มีประเด็นปัญหาผู้ป่วยซับซ้อน และอาการแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น เช่นผู้ป่วยหลังผ่าตัดซ่อมลิ้นหัวใจ แต่ซ่อมไม่สำเร็จ ต้องทำการเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ใช้เวลาในการใส่เครื่องปอดหัวใจเทียมเป็นเวลานาน ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ภาวะเลือดออกมากหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต ผู้ดูแลต้องมีการตรวจเยี่ยม สังเกตอาการและอาการแสดงทุก 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง เฝ้าระวังติดตามแก้ไขด้วยยา เพราะ

สงสัย medical bleeding แต่หลังจากแก้ไขแล้ว เลือดยังออกปริมาณมาก ความดันโลหิตต่ำ ต้องมีการให้สารน้ำและยาเพิ่มความดันโลหิต รายงานเพื่อพิจารณาทำการผ่าตัด ข้อมูลดังกล่าวต้องเรียบเรียงและเตรียมก่อนส่งเวร หากเจ้าหน้าที่ขึ้นเวรต่อเนื่อง ซึ่งมักพบพยาบาลเวรดึก เนื่องจากพยาบาลอ่อนล้าเหนื่อยเหนื่อย เกร็งรับในการลงเวร เพื่อมาขึ้นปฏิบัติในเวรดึกไป สอดคล้องกับการศึกษาของ โรเซนเบิร์ก และคณะ (Riesenberg et al., 2010) กล่าวไว้ว่า ผู้ป่วยมีอาการช้ำช้ำ พยาบาลมีจำนวนน้อย จะทำให้เกิดความเหนื่อยล้า หากข้อมูลมีการสรุป และเตรียมพร้อมก่อนส่งเวรจะทำให้พยาบาลส่งเวรเร็วขึ้น กระชับ ครบถ้วนและถูกต้อง มีเวลาพักผ่อนเพิ่มขึ้น ตลอดจนผู้รับเวรสามารถวางแผนการดูแลต่อเนื่องได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย หลังการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวร โดยใช้ SBAR ควรตรวจเยี่ยมผู้ป่วยก่อนส่งเวร เน้นการส่งประเด็นสำคัญ

ข้อเสนอแนะในการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลในอนาคต ควรมีการสร้าง ความเข้าใจในการใช้แบบฟอร์มการรับส่งเวร ติดตาม และ ฝึกการใช้แบบฟอร์มการรับส่งเวร จัดการ อบรมให้กับพยาบาลในการใช้ SBAR วางแผนปรับปรุงแบบฟอร์มการรับส่งเวร โดยประชุมแบบมี ส่วนร่วมกับทีมปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของ อวยพร กิตติเจริญ และคณะ (2554) ที่ได้มีการจัด ประชุมพยาบาลวิชาชีพเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แบบบันทึกการรับส่งเวร โดยใช้ SBAR ปรับปรุงให้ง่ายขึ้น

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved