

รายงานวิจัย

Research Article

การพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล ในหอผู้ป่วยหนัก
ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก
Quality Improvement of Nursing Handover in Cardiothoracic Surgery
Intensive Care Unit

พิมพิษมา ศรีชาติชนวัต* อภิรดี นันท์ศุภวัฒน์** เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล**
Pimkasama Srichattanawat* Apiradee Nunsupawat** Petsuneey Thungjaroenkul**

*หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก 65000

*Cardiothoracic surgery Intensive Care Unit, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital, 65000

**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 50200

**Faculty of Nursing, Chiang Mai University, 50200

Corresponding author E-mail address: nurseshop@gmail.com

บทคัดย่อ

การรับส่งเวรทางการพยาบาล เป็นกระบวนการส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยโดยพยาบาลวิชาชีพจากเวรหนึ่งสู่เวรถัดไป เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การศึกษาเชิงพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2560 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2561 โดยใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง 9 ขั้นตอน ได้แก่ ค้นหากระบวนการปรับปรุงคุณภาพ สร้างทีมงานที่รู้กระบวนการ ทำความเข้าใจกระบวนการ ทำความเข้าใจสาเหตุของความแปรปรวนในกระบวนการ เลือกระบวนการที่ต้องการปรับปรุง วางแผนปรับปรุง นำแผนสู่การปฏิบัติ ตรวจสอบการปฏิบัติ และยืนยันการดำเนินการและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการสื่อสารแบบ SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) ศึกษาในพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงาน 14 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบสำรวจข้อมูลส่วนบุคคล แนวคำถามในการประชุมกลุ่ม แนวทางการรับส่งเวร แบบสังเกตการรับส่งเวรของทีมผู้ปฏิบัติ และแบบบันทึกอุบัติการณ์ วิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลด้วยความถี่และค่าร้อยละ วิเคราะห์เนื้อหาจากข้อมูลเชิงคุณภาพ ผลการศึกษาพบว่าหลังใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพ พยาบาลวิชาชีพ สามารถปฏิบัติตามแนวทางการรับส่งเวรทางการพยาบาลได้ครบถ้วนและถูกต้องมากกว่าร้อยละ 80 ไม่พบอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการรับส่งเวร พยาบาลพึงพอใจระดับมากร้อยละ 64.3 ส่วนข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวร ได้แก่ ควรใช้แนวทางการรับส่งเวรร่วมกับการสื่อสารแบบ SBAR อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากความไม่คุ้นเคยกับแบบฟอร์มการรับส่งเวร สรุปคือแนวทางการรับส่งเวรที่พัฒนาขึ้น ช่วยให้การรับส่งเวรมีประสิทธิภาพ เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ดังนั้นผู้บริหารทางการพยาบาลควรนำแนวทางดังกล่าวไปปรับปรุงคุณภาพการรับส่งเวรในหน่วยงานอื่นต่อไป

คำสำคัญ: การรับส่งเวรทางการพยาบาล กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง อุบัติการณ์
พุทธชินราชเวชสาร 2018;35(2):175-86.

Abstract

Nursing handover is a process for transferring patient information by nurse from one period to the following period for continuous nursing care. This developmental study aimed to improve the quality of nursing handover in Cardiothoracic surgery intensive care unit, Buddachinaraj Phitsanulok Hospital, from August 2017 to January 2018 by using nine steps of continuous quality improvement process: finding a process to improve, organized a team that known the process, clarifying current knowledge of the process, understand caused of process variation, selected the process improvement, planed the improvement, did the improvement, checked the results and acted to hold the gain and continuous improvement combined with SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation). The research instruments were records of characteristics, group interview guideline, observation checklist regarding nursing handover's practice and incident report record. Data were analyzed and presented by frequency and percentage. Qualitative data were analyzed by content analysis. The results revealed that after using this process, registered nurses could completely and correctly perform more than 80.0% of nursing handover protocol. There was no incident from nursing handover and nurses had a high satisfaction level of 64.3% in the handover protocol. The suggestion after using the process was this protocol should be used continuously because nurse practice team was unfamiliar with handover forms. Therefore, this protocol could help nursing handover effectively with good outcomes of patients. Administrators should apply this protocol to improve nursing handover's quality to other care units.

Keywords: nursing handover, continuous quality improvement, incident

Buddhachinaraj Med J 2018;35(2):175-86.

บทนำ

พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอกมีบทบาทหน้าที่ดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตโดยหลักสำคัญ คือ ประเมิน เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลง ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ วางแผนการดูแลร่วมกับแพทย์ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติ ตลอดจนจนถึงการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ¹ การส่งต่อข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤตอย่างต่อเนื่อง หรือที่เรียกว่า การรับส่งเวรทางการพยาบาล จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งเนื่องจากผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก มีภาวะสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลงรวดเร็วและตลอดเวลาต้องการความต่อเนื่องของการเฝ้าระวังและติดตามดูแลทางการพยาบาลอย่างใกล้ชิดรวมถึงแผนการรักษาที่ถูกต้องครบถ้วน

การรับส่งเวรทางการพยาบาล หมายถึง การสื่อสารข้อมูลทางสุขภาพของผู้ป่วย โดยพยาบาลวิชาชีพจากเวรหนึ่งสู่อีกเวรหนึ่ง การรับส่งเวรทางการพยาบาลมีหลายรูปแบบ ได้แก่ การส่งเวรด่วนวาจา การบันทึกเสียง

การเขียนบันทึกจากผู้ส่งเวรให้ผู้รับเวรอ่านเอง การส่งเวรข้างเตียง รวมถึงการส่งเวรโดยใช้คอมพิวเตอร์ รูปแบบการส่งเวรในหอผู้ป่วยหนักที่นิยมมากที่สุดคือ รูปแบบการส่งเวรด่วนวาจา เพราะสามารถสอบถาม แลกเปลี่ยนปรึกษาหารือได้อย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในระยะวิกฤตหลังผ่าตัด ขั้นตอนการรับส่งเวร แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้² 1) ขั้นตอนการเตรียม เป็นการเตรียมข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยเรื่องโรค เหตุผลการรักษา การดูแลรักษาที่ได้รับ ข้อมูลต้องเตรียมให้ครบถ้วน ถูกต้อง 2) ขั้นตอนระหว่างส่งเวร มีการส่งต่อในเรื่องการประเมินปัญหา ความเสี่ยงหลังผ่าตัด ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ และให้การพยาบาลทันที 3) ขั้นตอนหลังส่งเวร เปิดโอกาสให้ผู้รับเวรได้สอบถาม จากการศึกษที่ผ่านมา พบปัญหาต่าง ๆ ของการรับส่งเวรทางการพยาบาล ดังต่อไปนี้ 1) ผู้ส่งเวร ได้แก่ สื่อสารข้อมูลไม่ชัดเจน ช้า ช้อนขาดการส่งต่อข้อมูลสำคัญ³ ไม่ได้เตรียมความพร้อมข้อมูลก่อนส่งเวร การส่งข้อมูลที่สำคัญไม่ครบถ้วน 2) ผู้รับเวร ได้แก่ ขาดสมาธิในการรับฟัง บันทึกข้อมูล

หรือจดบันทึกไม่ครบถ้วน⁴ 3) ข้อมูลผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยมีข้อมูลมากมาย พยาบาลไม่ได้เรียงลำดับความสำคัญให้เป็นระบบในการรับส่งเวร จึงใช้เวลามาก 4) สิ่งแวดล้อม ได้แก่ มีกิจกรรมแทรกหว่างส่งเวร เช่น แพทย์มาเยี่ยมผู้ป่วย การรับโทรศัพท์ และขาดแบบฟอร์มหรือคู่มือสำหรับการรับส่งเวร ทำให้ไม่มีแนวทางในการรับส่งเวรที่ชัดเจน ปัญหาเหล่านี้ส่งผลให้การรับส่งเวรไม่มีประสิทธิภาพ

การรับส่งเวรที่ไม่มีประสิทธิภาพนั้น ทำให้เกิดความเข้าใจไม่ตรงกัน ข้อมูลในการดูแลรักษา เกิดความคลาดเคลื่อน ไม่ต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติการพยาบาล เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ไม่ปลอดภัย⁵ การแก้ไขไม่ทันเวลา และทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในที่สุด⁶ สาเหตุเกิดจากความล้มเหลวของการส่งเวร ไม่มีรูปแบบการสื่อสารที่ชัดเจน ได้ข้อมูลที่ไม่ครอบคลุม และไม่ตรงประเด็น เกิดความเข้าใจไม่ตรงกัน⁷ ทำให้การดูแลรักษาขาดความต่อเนื่อง นอกจากนี้ ยังมีผลต่อการวินิจฉัยผู้ป่วยที่ล่าช้า ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลนาน และสูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น⁸ องค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่าการรับส่งเวรที่สื่อสารผิดพลาด นำไปสู่การเกิดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์

การรับส่งเวรให้มีประสิทธิภาพนั้น มีเครื่องมือที่ช่วยในการรับส่งเวรทางการพยาบาล⁹ หลายรูปแบบ คือ การรับส่งเวรแบบ APIE (Assessment, Planning, Implementation, Evaluation)¹⁰ การรับส่งเวรแบบ Five Ps (patient, plan, purpose, problem, precaution)¹¹ การรับส่งเวรแบบ 4 Ps (Purpose, Picture, Plan, และ Part)¹² และการรับส่งเวรแบบ SBAR ประกอบด้วย S: Situation สถานการณ์, B: Background ข้อมูลภูมิหลัง, A: Assessment การประเมิน และ R: Recommendation ข้อเสนอแนะในการรายงาน

SBAR เป็นเครื่องมือสื่อสารที่นิยมนำมาใช้โดยองค์การอนามัยโลกระบุให้เครื่องมือในการรับส่งเวรแบบ SBAR เป็นกรอบมาตรฐานในการสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วยระหว่างทีมสุขภาพที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย ช่วยเพิ่มมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและปลอดภัย¹³ ร่วมกับการนำกระบวนการพัฒนาคุณภาพมาใช้อย่างแพร่หลาย คือ กระบวนการปรับปรุง

คุณภาพอย่างต่อเนื่อง โฟกัส ฟิตซีเอ (FOCUS Plan-Do-Check-Act) ซึ่งเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย คือ พยาบาลส่งเวรได้ถูกต้อง ครบถ้วน บุคลากรในทีมสุขภาพพึงพอใจเนื่องจากมีคู่มือที่เป็นแนวทางเดียวกันและไม่เกิดอุบัติเหตุ งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลโดยการนำแนวคิด FOCUS-PDCA ร่วมกับสื่อสารแบบ SBAR มาใช้ ในหอผู้ป่วย เพื่อนำมาประกอบการพิจารณากำหนดเป็นแนวทางในการรับส่งเวรทางการพยาบาลต่อไป

วัสดุและวิธีการ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพัฒนาเพื่อพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โดยใช้แนวคิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง FOCUS-PDCA ดังนี้ 1) ค้นหากระบวนการปรับปรุงคุณภาพ 2) สร้างทีมงานที่รู้กระบวนการ 3) ทำความเข้าใจกระบวนการ 4) ทำความเข้าใจสาเหตุของความแปรปรวนในกระบวนการ 5) เลือกกระบวนการที่ต้องการปรับปรุง 6) วางแผนการปรับปรุง 7) นำแผนสู่การปฏิบัติ 8) ตรวจสอบการปฏิบัติ และ 9) ยืนยันการดำเนินการและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการใช้เครื่องมือสื่อสารแบบ SBAR ประกอบด้วย 1) ข้อมูลสถานการณ์ 2) ภูมิหลังของผู้ป่วย 3) การประเมินผู้ป่วย 4) การให้ข้อเสนอแนะระหว่างเดือนสิงหาคมพ.ศ. 2560 ถึงเดือนมกราคมพ.ศ. 2561 เลือกกลุ่มตัวอย่างจากการประชุมกลุ่มร่วมกับพยาบาลวิชาชีพทุกคนในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จำนวน 17 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ทีมพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรจำนวน 3 คน ได้แก่ หัวหน้าทีมประกันคุณภาพ 1 คน หัวหน้าทีมวิชาการ 1 คน และผู้ศึกษา 1 คน ทำหน้าที่ในการสังเกตการณ์ วิเคราะห์ประเด็นปัญหาและดำเนินการพัฒนาแนวทางการรับส่งเวร และทีมผู้ปฏิบัติการรับส่งเวรจำนวน 14 คน ได้แก่ พยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยที่ทำหน้าที่รับส่งเวรตามแนวทางที่พัฒนาขึ้น เครื่องมือใช้ในการศึกษา คือ คำถามเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาการรับส่งเวร เป็นข้อคำถามปลายเปิด

จำนวน 3 ข้อ ผ่านการตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความชัดเจนของคำถาม ความเหมาะสมของคำถาม และการจัดลำดับคำถาม นำผลที่ได้มาพัฒนาเป็นคู่มือการรับส่งเวรทางการพยาบาล วิเคราะห์ความสอดคล้องจากความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้เท่ากับ 0.93 นำคู่มือการรับส่งเวรทางการพยาบาล หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เสนอต่อกลุ่ม นำมาใช้ในการรับส่งเวรกับทีมปฏิบัติ โดยสังเกตความครบถ้วนและถูกต้องของการปฏิบัติตามแนวทางการรับส่งเวรแบบ SBAR จำนวน 48 ข้อ ส่วนบทบาทหน้าที่ของผู้ส่งเวรและผู้รับเวร จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบตรวจสอบตามรายการ (check list) ได้แก่ ปฏิบัติถูกต้องครบถ้วน ปฏิบัติไม่ถูกต้องแต่ครบถ้วน ไม่ปฏิบัติ วิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ และร้อยละ ร่วมสังเกตการณ์กับผู้ศึกษาพร้อมกัน จำนวน 10 เวนำผลมาวิเคราะห์หาค่าความสอดคล้องของการสังเกต ได้เท่ากับ 0.92 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 2 ครั้ง ครั้งหนึ่งสัปดาห์ โดยนำแนวทางการรับส่งเวรทางการพยาบาล มาปฏิบัติพยาบาลทุกคน (จำนวน 14 คน) ได้รับการสังเกตในเรื่องบทบาทผู้ส่งเวรและผู้รับเวร ทั้งเวรเช้า เวรบ่าย และเวรดึก รวม 42 ครั้ง ปฏิบัติตามแนวทางการรับส่งเวรแบบ SBAR ครั้งละ 1 สัปดาห์ จำนวน 2 ครั้ง โดยภายหลังการนำแนวปฏิบัติมาใช้ครั้งที่ 1 เป็นเวลา 1 สัปดาห์ นำผลการสังเกตการปฏิบัติตามแนวทางการรับส่งเวรประชุมร่วมกับทีมพัฒนาคุณภาพ รวบรวม นำเสนอแก่ทีมปฏิบัติการรับส่งเวรทางการพยาบาลแบบ SBAR ในวันที่ 12 มกราคม พ.ศ. 2561 เพื่อสะท้อนข้อมูลกลับและเปิดโอกาสให้มีการเสนอความคิดเห็นในการปรับปรุงแบบฟอร์มการรับส่งเวร ตอบข้อซักถามสรุปมติที่ประชุมเสนอ ในขั้นตอนก่อนส่งเวร ผู้ส่งเวรต้องตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยและตรวจเวชระเบียนก่อนส่งเวร จัดเตรียมเอกสารต่างๆ ให้พร้อม ทุกครั้งก่อนส่งเวร ให้ปรับแก้ไขแบบฟอร์มการรับส่งเวรทางการพยาบาล โดยการใช้สติกเกอร์ผู้ป่วยทุกราย และรายงานให้ครบในผู้ป่วยทุกราย (ทุกคนสามารถดูได้จากรายงานผู้ป่วย) ในผู้ป่วยรายใหม่ ดูข้อมูลผู้ป่วยได้จากใบประเมินสภาพแรกรับ: MR 2 ที่ได้รับการพัฒนาจากคณะกรรมการบันทึกทางพยาบาล โรงพยาบาล โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ใช้ในการรายงานเรื่องอายุ

ทั้งในรายใหม่ และรายเก่า วันที่ทำหัตถการ/ผ่าตัด แพทย์เจ้าของไข้ การรายงานระดับความเจ็บปวด ให้เพิ่มเติมเรื่องระดับคะแนนความเจ็บปวด (pain score) และบันทึกในส่วนเสนอแนะให้ครบถ้วนก่อนส่งเวรทุกครั้ง มีข้อเสนอแนะจากทีมปฏิบัติเรื่องการเพิ่มพื้นที่การบันทึกเหตุการณ์ นำมาปรับแบบบันทึกการรับส่งเวรเป็นแนวนอน เพิ่มพื้นที่การบันทึก ร่วมกับการนิเทศติดตาม แนะนำของทีมนำพัฒนาในการเสนอแนะเกี่ยวกับการบันทึกและรายละเอียดของแต่ละขั้นตอน ภายหลังปรับแก้ไขแนวทางการปฏิบัติ ผลการพัฒนาคุณภาพครั้งที่ 2 พบว่าทีมปฏิบัติสามารถปฏิบัติตามแนวทางการรับส่งเวรมากขึ้น เวนที่พบว่ามีปฏิบัติไม่ครบถ้วนและถูกต้อง เป็นเวรดึก ทีมพัฒนาคุณภาพได้นำเสนอผลการสังเกตครั้งที่ 2 และทีมปฏิบัติมีมติให้ปฏิบัติให้ครบตามแนวทางการรับส่งเวรทุกคน ทุกเวร ในเรื่องก่อนส่งเวรต้องตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยและตรวจเวชระเบียน จัดเตรียมเอกสารต่างๆ ให้พร้อม รวมทั้งแบบฟอร์มการรับส่งเวรทางการพยาบาล อายุ วันที่ทำหัตถการ/ผ่าตัด แพทย์เจ้าของไข้ และการรายงานระดับความเจ็บปวด และจากแบบบันทึกอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากการรับส่งเวรทางการพยาบาล ผลคือไม่พบอุบัติการณ์ที่เกิดจากการรับส่งเวรทางการพยาบาล นำมาเปรียบเทียบผลการปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 และอุบัติการณ์ที่เกิดจากการรับส่งเวรทางการพยาบาล วิเคราะห์โดยใช้จำนวน และร้อยละ แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล วิเคราะห์โดยใช้จำนวน และร้อยละ ประเมินมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด แปลผลจากจำนวนและร้อยละ และคำถามปลายเปิด ระบุเหตุผลของความพึงพอใจ สรุปเป็นหมวดหมู่ข้อมูล

ผลการศึกษา

พยาบาลวิชาชีพทีมปฏิบัติการรับส่งเวรทางการพยาบาลหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จำนวน 14 คน อายุเฉลี่ย 32 ปี อายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี ร้อยละ 57.1 มี เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.6 มีสถานภาพโสดและสมรสเท่ากันร้อยละ 50.0 มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรี

ร้อยละ 100.0 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน เฉลี่ย 8.21 ปี โดยร้อยละ 50.0 มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานมากที่สุด อยู่ในช่วง 6-10 ปี และพยาบาลทุกคนไม่เคยมี

ประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการรับส่งเวรทางการพยาบาล (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ที่มปฏิบัติกรรับส่งเวรทางการพยาบาล ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก (n = 14)

ข้อมูล	จำนวน (n = 14)	(ร้อยละ)
อายุ (ปี) ($\bar{X}$ = 32.50, SD = 7.01, min-max = 24.49.00)		
21-30	4	(28.6)
31-40	8	(57.1)
41-50	2	(14.3)
เพศ		
หญิง	11	(78.6)
สถานภาพสมรส		
โสด	7	(50.0)
สมรส	7	(50.0)
วุฒิการศึกษา		
ปริญญาตรี	14	(100.0)
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน (ปี) ($\bar{X}$ = 8.21, SD = 5.62, min-max = 2.00-22.00)		
1-5	4	(28.6)
6-10	7	(50.0)
11-15	1	(7.1)
16-20	2	(14.3)
ประสบการณ์การฝึกอบรมเกี่ยวกับการรับส่งเวร		
ไม่เคย	14	(100.0)

การพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวร โดยใช้การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง FOCUS-PDCA และสื่อสารแบบ SBAR พยาบาลทั้ง 14 คน ได้รับการสังเกตในเรื่องบทบาทผู้ส่งเวรและผู้รับเวร เวรเข้าเวรป่วย และเวรเด็ก เวรละ 14 คน ทั้งหมดรวม 42 ครั้ง

ปฏิบัติตามแนวทางการรับส่งเวรแบบ SBAR ครั้งละ 1 สัปดาห์ เปรียบเทียบผลการปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรครั้งที่ 1 (วันที่ 7-11 มกราคม 2561) และครั้งที่ 2 (วันที่ 14-18 มกราคม 2561) แสดงผลดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบจำนวน และร้อยละ ที่ปฏิบัติตามแนวทางการรับส่งเวร ครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 (n = 42)

รายการสังเกต	จำนวน (ร้อยละ)	
	การสังเกตครั้งที่ 1	การสังเกตครั้งที่ 2
1. ขั้นตอนเตรียมการส่งเวร แบบ SBAR ก่อนส่งเวร		
ผู้ส่งเวร		
1. ตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยและตรวจเวชระเบียน	36 (85.71)	40 (95.24)
2. จัดเตรียมเอกสารต่างๆให้พร้อม	36 (85.71)	40 (95.24)
3. ตรวจสอบอุปกรณ์และความถูกต้อง ครบถ้วนของแบบบันทึกต่างๆ	40 (95.24)	42 (100.00)
4. ตรวจสอบสถานที่ถ่ายเตียงให้พร้อม	38 (90.48)	42 (100.00)
ผู้รับเวร		
1. ดูตารางมอบหมายผู้ป่วยที่ได้รับผิดชอบ	42 (100.00)	42 (100.00)
2. ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยก่อนรับเวรคร่าวๆ	42 (100.00)	42 (100.00)
3. เตรียมเอกสารรับเวรและ นั่งพร้อมรับเวร	38 (90.48)	42 (100.00)
2. ขั้นตอนการรับส่งเวร		
ผู้ส่งเวร		
รายงานสถานการณ์ (Situation)		
ผู้ป่วยรายใหม่		
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 วันที่เข้ารับการรักษ	10 (100.00)	10 (100.00)
1.5 หอผู้ป่วยแกร็บ	10 (100.00)	10 (100.00)
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 สถานการณ์การรักษากับปัญหาที่ผ่านมา	10 (100.00)	10 (100.00)
1.15 อาการปัจจุบัน	10 (100.00)	10 (100.00)
ผู้ป่วยรายเก่า		
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)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบจำนวน และร้อยละ ที่ปฏิบัติตามแนวทางการรับส่งเวร ครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 (n = 42) (ต่อ)

รายการสังเกต	จำนวน (ร้อยละ)	
	การสังเกตครั้งที่ 1	การสังเกตครั้งที่ 2
2.4. การแพทย์และอาหาร	10 (100.00)	10 (100.00)
2.5. เหตุที่เข้ารับการรักษา	10 (100.00)	10 (100.00)
ผู้ป่วยรายเก่า ให้ข้อมูลประวัติปัญหาทางการแพทย์และการรักษาที่ได้รับจากเวรที่ผ่านมา	32 (100.00)	32 (100.00)
2.6. ผล X-ray และผลตรวจอื่นๆ ที่ผิดปกติ	32 (100.00)	32 (100.00)
ผู้ป่วยรายใหม่		
3.1. ปัญหาและการรักษาในห้องผ่าตัด	42 (100.00)	42 (100.00)
3.2. ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย	42 (100.00)	42 (100.00)
3.3. สัญญาณชีพที่ผิดปกติ	42 (100.00)	42 (100.00)
3.4. อาการและอาการแสดงที่ผิดปกติ	42 (100.00)	42 (100.00)
3.5. ผล lab, ผล X-ray และผลตรวจ ที่ผิดปกติ	42 (100.00)	42 (100.00)
3.6. กิจกรรมทางการแพทย์ที่ให้กับผู้ป่วย	42 (100.00)	42 (100.00)
3.7. ผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาลที่ได้ทำแล้ว	42 (100.00)	42 (100.00)
ทั้งรายใหม่และรายเก่า ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย		
ข้อมูลสนับสนุนและการพยาบาลที่ได้รับ		
3.1. แผลผ่าตัดและสายระบายต่างๆ	42 (100.00)	42 (100.00)
3.2. ระบบประสาท	36 (85.71)	38 (90.48)
3.3. ระบบหัวใจและหลอดเลือด	42 (100.00)	42 (100.00)
3.4. ระบบไหลเวียน	42 (100.00)	42 (100.00)
3.5. ระบบทางเดินหายใจ	36 (85.71)	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	42 (100.00)	42 (100.00)
3.10. ระบบติดเชื่อ	42 (100.00)	42 (100.00)
4. ข้อเสนอแนะ (Recommendation)	36 (85.71)	42 (100.00)
ปัญหา/ความเสี่ยงและกิจกรรมที่ส่งต่อ		
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. สอบถาม และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น	42 (100.00)	42 (100.00)
ขั้นตอนหลังการรับส่งเวร		
ผู้ส่งเวรสรุปและส่งต่อไป Recommendation	36 (85.71)	42 (100.00)

ภายหลังการสังเกตครั้งที่ 2 ทีมปฏิบัติตามปฏิบัติตามแนวทางการรับส่งเวรได้ครบถ้วนและถูกต้อง 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

ความพึงพอใจต่อแนวทางการรับส่งเวรทางการพยาบาลครั้งนี้ พยาบาลร้อยละ 64.3 มีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายการรับส่งเวร ระดับมาก และมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายการรับส่งเวร ระดับมากที่สุด ร้อยละ 35.7 โดยให้เหตุผลว่า มีแนวทางการรับส่งเวรเป็นแนวทางเดียวกัน บันทึกง่าย มีเอกสารหลักฐานในการรับส่งเวรที่สามารถตรวจสอบได้ ทบทวนได้ ได้ประเด็นสำคัญและเรียงตามระบบ ลดระยะเวลาในการรับส่งเวร (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจต่อแนวทางการรับส่งเวรทางการพยาบาล (n = 14)

ระดับความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจ				
	5	4	3	2	1
ความพึงพอใจการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ระดับใด	5	9	0	0	0
	(35.7)	(64.3)			

ทีมพัฒนาคุณภาพติดตามอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นโดยใช้แบบบันทึกอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากการรับส่งเวรทางการพยาบาล ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม

หัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ลงความเห็นว่ามีอุบัติการณ์ในการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวร (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวนอุบัติการณ์จากการรับส่งเวรทางการพยาบาล หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจ และทรวงอก

อุบัติการณ์	เดือน		
	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. ผลกดทับเพิ่มขึ้น	6	0	0
4. การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ	0	0	0
5. การเข้าไอ ซี ยู ซ้ำ	0	0	0

ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ เพื่อพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลในอนาคต ได้แก่ ปัญหาแบบฟอร์มการรับส่งเวรทางการพยาบาล ภายหลังการนำไปปฏิบัติทั้ง 2 ครั้ง เสนอแนะ ให้มีการฝึกใช้แบบฟอร์มการรับส่งเวร และตอบข้อซักถามผ่านทางไลน์ หรือทางโทรศัพท์ ทบทวน นิเทศ ติดตาม ก่อนมีการส่งเวรทุกเวรโดยทีมพัฒนาคุณภาพ ปัญหาผู้ส่งเวรบางคนขาดการเตรียมความพร้อมก่อนส่งเวร และบางคนมารับเวรสาย เสนอให้ กำหนดเวลาการมารับเวร บริหารเวลาในการส่งต่อข้อมูล

วิจารณ์

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก โดยใช้แนวคิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง FOCUS-PDCA และร่วมกับ สื่อสารแบบ SBAR ประเมินคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล จาก 3 ตัวชี้วัด ได้แก่ ความถูกต้อง ครบถ้วนในแต่ละหัวข้อการสื่อสารตามรูปแบบ SBAR ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการ

พยาบาล โดยใช้การสื่อสารแบบ SBAR ครั้งที่ 1 พบประเด็นปฏิบัติครบถ้วนถูกต้องน้อยกว่าร้อยละ 100 ได้แก่ การรายงานอายุในผู้ป่วยรายใหม่ การตรวจเวชระเบียน ก่อนส่งเวร เตรียมเอกสารไม่พร้อม และไม่บันทึกใบข้อเสนอแนะด้วยปากกาแดงก่อนส่งเวร ส่วนในรายเก่าพบเรื่องอายุ วันที่ทำหัตถการ/ผ่าตัด แพทย์เจ้าของไข้ รวมถึงใบข้อเสนอแนะประเด็นส่งต่อ อาจเกิดจากความไม่คุ้นเคยกับแบบฟอร์มการรับส่งเวร ที่พัฒนาขึ้น นอกจากนี้ยังพบประเด็นการรายงานความเจ็บปวด ปฏิบัติครบถ้วนถูกต้อง ร้อยละ 85.7 อาจเกิดจากความเร่งรีบ เหนื่อยล้า และเอกสารมีปริมาณมาก จึงทำให้ประเมินระดับความเจ็บปวด ไม่ครบถ้วน¹⁴ ปัญหาของการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต ที่พบบ่อยมาก คือการประเมินความปวด ไม่เพียงพอ จึงจัดการความปวดไม่เพียงพอ หรือต่ำกว่าความเป็นจริง จึงส่งผลกระทบต่อการทำงานและเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบต่างๆ ของร่างกาย และจิตใจ อารมณ์ของผู้ป่วย ดังนั้นในการจัดการความปวด พยาบาลต้องประเมินโดยใช้ระดับคะแนนความปวด (pain scale) และอาการทางคลินิก เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนการพยาบาล¹⁵ การประเมินความปวด นำสู่การจัดการความปวด เป็นสิ่งสำคัญเพื่อส่งเสริมความสุขสบาย ระบบไหลเวียนโลหิตคงที่ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางปอด ทำให้ผู้ป่วยได้รับการวางแผนการดูแลต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้ป่วยผ่าตัดหลังหัวใจ ที่มีแผลกึ่งกลางหน้าอกผ่านกระดูกสันอก อาจมีการทำลายเส้นประสาทและกล้ามเนื้อบริเวณทรวงอก อาการปวดจึงรุนแรง ให้ได้รับมาตรฐานที่ดี¹⁶ การพัฒนาแนวปฏิบัติให้เกิดคุณภาพ ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการรับส่งเวร จะเกิดขึ้นเมื่อกระบวนการรับส่งเวรเป็นมาตรฐานเดียวกัน

การเปรียบเทียบผลของการปฏิบัติตามแนวทางการรับส่งเวรทางการพยาบาลทั้ง 2 ครั้ง คะแนนโดยรวมในรายการที่ปฏิบัติครบถ้วนถูกต้อง มากกว่าร้อยละ 80 มีค่าเพิ่มมากขึ้น ควรมีการนำรูปแบบการรับส่งเวรทางการพยาบาลแบบ SBAR มาสร้างเป็นมาตรฐานการรับส่งเวรทางการพยาบาล เพราะเพิ่มประสิทธิภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล ช่วยให้สื่อสารเข้าใจง่าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อน¹⁷ การสื่อสารแบบ SBAR มีประสิทธิภาพต่อการสื่อสารข้อมูล เข้าใจง่าย

การรับส่งเวรโดยใช้ SBAR กับการสื่อสารของทีมพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วยที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของการสื่อสารของทีมพยาบาลหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง¹⁸ ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล โดยใช้แนวคิด FOCUS-PDCA และเครื่องมือสื่อสารแบบ SBAR พบว่ามีโอกาสเพิ่มประสิทธิภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล

สาเหตุจากแบบฟอร์มการรับส่งเวร เนื่องจากทั้งผู้ส่งและผู้รับเวร ยังไม่คุ้นเคยกับการเปลี่ยนแปลงแนวทางการรับส่งเวร ระยะเวลาที่ทดลองปฏิบัติ และการใช้จริงมีเวลาสั้น ถึงแม้ว่าทีมพัฒนาคุณภาพมีการสอน สาธิต จัดทำคู่มือการรับส่งเวร และติดตั้งตัวอย่างการบันทึกแบบฟอร์มการรับส่งเวรทางการพยาบาล ภายหลังยังพบว่าทีมปฏิบัติยังปฏิบัติไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง ร้อยละ 100 สัมพันธ์กับระดับการรับรู้ของการรับส่งเวรที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากอุปสรรคด้านบุคคล การศึกษาของทีมพยาบาล และความปลอดภัยของผู้ป่วย สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พบว่า ระดับการรับรู้ประโยชน์ของพยาบาลวิชาชีพหลังการรับส่งเวรโดยใช้ SBAR อยู่ในระดับปานกลาง¹⁸ SBAR เป็นแนวคิดใหม่สำหรับการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งการรับส่งเวร SBAR มี 4 องค์ประกอบ คือ สถานการณ์ ภูมิหลัง-การประเมิน ข้อเสนอแนะ ในส่วนการประเมินผล (A: Assessment) พยาบาลส่วนใหญ่ตั้งปัญหาทางการพยาบาลน้อย และการกำหนดข้อเสนอแนะ (R: Recommendation) ไม่ตรงประเด็นปัญหา จึงรู้สึกว่าการบันทึกมีความยุ่งยาก พยาบาลบางส่วนเกิดความรู้สึกไม่มั่นใจรายงานข้อมูลปัญหาที่ผ่านมา ปัญหา/อุปสรรคที่ต้องส่งต่อ และประเด็นติดตามครบถ้วน จึงทำให้มีโอกาสปฏิบัติตามแนวทางการรับส่งเวรที่พัฒนาขึ้นไม่ครบถ้วนและไม่ถูกต้อง นอกจากนี้พบว่าความผิดพลาดจากการสื่อสารด้านพยาบาล ผู้ส่งเวรมากที่สุด เหตุจากรูปแบบการรับส่งเวรที่พัฒนาขึ้นใหม่ ถึงแม้มีคู่มือการรับส่งเวรที่เป็นระบบระเบียบที่ชัดเจนแล้ว แต่ผู้ส่งเวรมีกิจกรรมที่ต้องทำมากกว่าด้านอื่นๆ จึงทำให้ผิดพลาดสูงกว่าด้านอื่นๆ ภายหลังการนำแบบฟอร์มการรับส่งเวรทางการพยาบาลโดยใช้แนวคิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง FOCUS-

PDCA และ เครื่องมือสื่อสารแบบ SBAR ที่มียุติบัติ อาจเลือกที่จะใช้แนวทางการรับส่งเวรโดยใช้ SBAR ต่อ แต่ควรมีการปรับแบบฟอร์มให้มีช่องว่างมากขึ้น มีการสร้างความเข้าใจในการใช้แบบฟอร์ม ติดตาม และ ฝึกการใช้แบบฟอร์มโดยทีมพัฒนาคุณภาพเป็นระยะๆ

ภายหลังการพัฒนาคุณภาพทั้ง 2 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจระดับมากถึงมากที่สุด ในระดับมาก จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 64.3 มีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายการรับส่งเวรระดับมากที่สุด ร้อยละ 35.7 จากแนวทางการรับส่งเวรทางการพยาบาลเป็นแนวทางเดียวกัน และทีมพยาบาลทุกคนมีส่วนร่วมในการระดมสมอง เพื่อวิเคราะห์ สาเหตุ และประเด็นปัญหาต่างๆ ที่เกิดจากการรับส่งเวรที่ไม่มีประสิทธิภาพ¹⁹ การระดมสมอง เป็นกระบวนการที่มีการรวบรวมความคิดเห็น ประเด็นปัญหา ข้อเสนอแนะต่างๆ จำนวนมากภายในระยะเวลาอันสั้น เป็นวิธีการกระตุ้นกลุ่มให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์มากที่สุด นำเสนอต่อกลุ่มพยาบาลทุกคนในรูปแบบภูมิ ก้างปลา เป็นแผนภาพที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่าง ผลลัพธ์ กับสาเหตุที่ทำให้เกิดผลลัพธ์²⁰ รวบรวม นำมาสร้างเป็นคู่มือการรับส่งเวรทางการพยาบาล ประกอบด้วยความรู้การรับส่งเวร แนวทางการรับส่งเวรทางการพยาบาล แบบฟอร์มการรับส่งเวรทางการพยาบาล ตามกรอบการสื่อสารแบบ SBAR ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดใหม่ และเป็นการสนองต่อนโยบายกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ในด้านการพัฒนาระบบกระบวนการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย

จากการไม่พบอุบัติการณ์ที่เกิดจากการส่งเวรรูปแบบการสื่อสารตรงสภาพตามความเป็นจริง สัน ใจเข้าใจ¹⁹ การสื่อสารที่มีทิศทางการทำงาน พัฒนาระบบการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลไปสู่การประเมินในลักษณะของการเสริมพลัง (empowerment evaluation) สามารถในการประเมินตนเองและเห็นโอกาสในการขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงด้วยตนเอง ประกอบกับความตื่นตัวของสถานพยาบาลที่ต้องการต่อยอดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง แสดงให้เห็นถึงคุณภาพในการรับส่งเวรที่พัฒนาขึ้น สามารถครอบคลุมการ รายงานประเด็นปัญหาและประเด็นติดตามการดูแล ต่อเนื่อง จนไม่เกิดอุบัติการณ์ จึงอาจทำให้พยาบาล พึงพอใจ ประกอบกับสามารถทบทวน ตรวจสอบได้

จากการที่มีหลักฐานในการบันทึกการรับส่งเวร ที่เป็น ลายลักษณ์อักษร และสามารถสื่อสารข้อมูลสำคัญ ในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะในระยะวิกฤต ที่ต้องมีการ เฝ้าระวังติดตาม อาการและอาการแสดงที่ส่งผลให้ ผู้ป่วยมีอาการทรุดลง หรือทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ และ แก้ไขภาวะฉุกเฉินชีวิต การเจ็บป่วยเฉียบพลัน รวมถึง การกำเริบของโรคเรื้อรังต่างๆ ให้ผู้ป่วยปลอดภัย พ้นภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ไม่พบอุบัติการณ์ ความเสี่ยงทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับการรับส่งเวร

ภายหลังพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการ พยาบาล โดยใช้การสื่อสารแบบ SBAR ไม่พบ อุบัติการณ์ที่เกิดจากการรับส่งเวร²¹ พบว่าอุบัติการณ์ ไม่พึงประสงค์ลดลง และไม่เกิดอุบัติการณ์ความ ผิดพลาดจากการส่งเวร นอกจากนี้สถานที่การรับส่งเวร เป็นบริเวณท่ายเตียง ส่วนใหญ่ไม่มีกิจกรรมแทรก ระหว่างการรับส่งเวร เนื่องจากมีบุคลากรอื่นในการ ดำเนินการแทน ขณะที่ผู้ส่งเวรและผู้รับเวร ดำเนินการ รับส่งเวรอยู่ โดยผู้ส่งเวรใช้แบบฟอร์มการรับส่งเวร ทางการพยาบาลที่ทีมพัฒนาคุณภาพได้สร้างขึ้น ใช้การ สื่อสารแบบ SBAR ครบทุกขั้นตอน มีการตรวจเยี่ยม ผู้ป่วยก่อนส่งเวรทุกครั้ง บันทึกประเด็นติดตามด้วย ปากกาสีแดง ก่อนส่งเวรทุกครั้ง โดยผู้รับเวรทำการ บันทึกในแบบฟอร์มการรับส่งเวรทางการพยาบาล ด้วยปากกาน้ำเงิน ซึ่งสามารถตรวจสอบได้ภายหลัง สิ้นสุดการรับส่งเวร พบว่าคุณภาพการรับส่งเวรทาง การพยาบาล มีประสิทธิภาพในเรื่องการรับส่งเวรเป็น ระบบ ตามระบบต่างๆ ไม่วุ่นวาย ไม่เินยื้อ ได้เนื้อหา โดยสรุป ซึ่งสะดวกต่อการอ่านทบทวนในภายหลังได้ การส่งเวรที่มีประสิทธิภาพ ภายใต้การนำแนวคิดการ ปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง FOCUS-PDCA และ เครื่องมือสื่อสารแบบ SBAR เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย คือ ไม่เกิดอุบัติการณ์ผิดพลาด และ ผลลัพธ์ที่ดีต่อบุคลากรในทีมสุขภาพ คือพยาบาลส่งเวรได้ถูกต้อง ครบถ้วน มีความพึงพอใจที่เป็นแนวทางเดียวกัน ส่งผลให้ดูแลผู้ป่วยปลอดภัย

ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ ในการพัฒนา คุณภาพการรับส่งในหอผู้ป่วยหนัก ผลลัพธ์จากการพัฒนา คุณภาพการรับส่งเวร โดยใช้แบบ SBAR ว่ามีการ ปฏิบัติครบถ้วนถูกต้อง น้อยกว่าร้อยละ 100 ในรายการ ได้แก่ การรายงานอายุ ทั้งในรายใหม่และรายเก่า

และการรายงานระดับความเจ็บปวด ส่วนในรายเก่า คือ การรายงานวันที่ทำหัตถการ/ ผ่าตัด แพทย์เจ้าของไข้ วิเคราะห์ประเด็นแนวโน้มการเกิดอุบัติการณ์ ความเสี่ยงต่าง ๆ²² มีการศึกษาพบว่า ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษาสั้นเกินไป จึงยังไม่สามารถสรุปผลได้อีกทั้งหอผู้ป่วยหนักคัดสรรกรณีหัวใจและทรวงอก มีผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤต ข้อมูลมีความซับซ้อน มีประเด็นปัญหา การพยาบาล และแผนการดูแลรักษา จำนวนมาก ต้องการติดตามและตรวจเยี่ยมอาการ ตลอดเวลา เมื่อมีจำนวนข้อมูลปริมาณมาก ใช้เวลาในการเตรียมความพร้อมเรื่องเอกสารมากเจ้าหน้าที่ จึงต้องเร่งรีบ เป็นเหตุให้การส่งเวรไม่ครบถ้วน ส่วนใหญ่เป็นเวรตึก หรือทุกเวรที่มีประเด็นปัญหาผู้ป่วย ซับซ้อน และอาการแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น เนื่องจาก พยาบาลอ่อนล้า เหน็ดเหนื่อย เร่งรีบในการลงเวร เพื่อ มาขึ้นปฏิบัติ ในเวรถัดไป ผู้ป่วยมีอาการซับซ้อน พยาบาลมีจำนวนน้อย จะทำให้เกิดความเหนื่อยล้า²³ ข้อเสนอแนะในการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทาง การพยาบาลในอนาคต ควรมีการสร้างการเข้าใจ ในการใช้แบบฟอร์มการรับส่งเวร ติดตาม และ ฝึก การใช้แบบฟอร์มการรับส่งเวร จัดการอบรมให้กับ พยาบาลในการใช้ SBAR ปรับปรุงแบบฟอร์มการ รับส่งเวร โดยประชุมแบบมีส่วนร่วม ที่ได้มีแลกเปลี่ยน ความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้ SBAR ปรับปรุงให้ง่ายขึ้น¹⁹

ข้อเสนอแนะ

ผู้บริหารทางการพยาบาล ควรให้การสนับสนุน การใช้รูปแบบการรับส่งเวรทางการพยาบาลแบบ SBAR มาใช้ในหอผู้ป่วยหนักคัดสรรกรณีหัวใจและ ทรวงอกอย่างต่อเนื่อง อบรมบุคลากรให้มีความรู้และ การนำรูปแบบการรับส่งเวรทางการพยาบาลแบบ SBAR ไปใช้ในหอผู้ป่วยหนักอื่นๆ ร่วมกับการ ปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และในการศึกษา ครั้งต่อไปควรพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทาง การพยาบาล โดยใช้แนวคิดการปรับปรุงคุณภาพ อย่างต่อเนื่อง FOCUS-PDCA ร่วมกับเครื่องมือสื่อสาร แบบ SBAR ไปใช้ในหอผู้ป่วยอื่นๆภายในโรงพยาบาล ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณา จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภินันท์ นันทะสุภวัฒน์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพชรสุรีย์ ทั้งเจริญกุล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่ให้ ข้อเสนอแนะ และให้คำแนะนำซึ่งเป็นประโยชน์ต่อ การศึกษา ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกๆ ท่านที่กรุณา ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ขอขอบคุณ หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพซึ่งปฏิบัติงาน ในหอผู้ป่วยหนักคัดสรรกรณีหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาล พุทธชินราช พิษณุโลก ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บ รวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Limumnoilap S, Simajareuk K, Siriprakarn P, Tumnong C. Nursing practicum in critically ill adult patients. 8th ed. Khon Kaen: Klungnana vitthaya press. 2013.
2. Ekman I, Segesten K. Deputed power of medical control: the hidden message in the ritual of oral shift reports. J Adv Nurs 1995; 22(5):1006-11.
3. Ross J. Developing a better understanding of handoffs. J Perianesth Nurs 2012; 27 (5): 360-2.
4. Casey A, Wallis A. Effective communication: Principle of Nursing Practice E. Nurs Stand 2011 ; 25(32):35-7.
5. Welsh CA, Flanagan ME, Ebright P. Barriers and facilitators to nursing handoffs: Recommendations for redesign. Nurs Outlook 2010; 58(3):148-54.
6. Wilson MJ. A template for safe and concise handovers. Medsurg Nurs 2007; 16(3): 201-6.
7. Sexton A, Chan C, Elliott M, Stuart J, Jayasuriya R, Crookes P. Nursing handovers: do we really need them? J Nurs Manag 2004; 12(1):37-42.

8. Wacogne I, Diwakar V. Handover and note-keeping: The SBAR approach. Clin Risk 2010; 16(5):173-75.
9. 1000 Lives Plus. Improving Clinical Communication using SBAR. C2007 [cited 2016 Aug 30]. Available from: URL: <http://www.1000livesplus.wales.nhs.uk/sitesplus/documents/1011/T4I%20%283%29%20SBAR.pdf>
10. Kusum W, Editor. Trends & issue of nursing profession. Bangkok:Saha pracha panich. 2010.
11. Currie J. Improving the efficiency of patient handover. Emerg Nurse 2002; 10(3):24-7.
12. Hansten R. Streamline change-of-shift report. Nurs Manage 2003; 34(8):58-9.
13. Boaro N, Fancott C, Baker R, Velji K, Andreoli A. Using SBAR to improve communication in interprofessional rehabilitation teams. J Interprof Care 2010; 24(1): 111-4.
14. Kusum W, Editor. Critical care nursing: A holistic approach. 6th ed. Bangkok: Saha pracha panich. 2017
15. Wongkongkam K, Nakorn O. Nursing cardiovascular surgery. Bangkok:NP Press. 2016.
16. Rose M. Factors Influencing Patient Safety During Postoperative Handover. AANA J. [serial on the Internet]. (2016, Oct), [cited Dec 8, 2016]; 84(5): 329-38. Available from: URL: https://www.aana.com/docs/default-source/aana-journal-web-documents-1/factors-influencing-1016-pp329-338.pdf?sfvrsn=9dd448b1_6
17. Leonard M, Graham S, Bonacum D. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. Qual Saf Health Care 2004; 13 Suppl1:i85-90.
18. Kitticharoenrat U, Detkasem N, Kaewthanasin K. Effects of shift report by using SBAR among nursing team and patients' safety, Queen Sirikit National Institute of Child Health. J Dep Med Ser 34;(9):530-39.
19. Supachutikul A. Continuous Quality Improvement. Bangkok: Design Co., Ltd; 2000
20. Saenprasarn P, Panichayanusont U, Tussri L, Charoensit S, Sakomchaipitak P, Parinyawat M, et al. Nursing Learning Provision of learners. 2nd th. Bangkok: sukhumvit_ printing; 2006.
21. Christie P, Robinson H. Using a communication framework at handover to boost patient outcomes. Nurs Times 2009;105 (47):13-5.
22. Andreoli A, Fancott C, Velji K, Baker GR, Solway S, Aimone E, Tardif G. Using SBAR to communicate falls risk and management in inter-professional rehabilitation teams. Healthc Q 2010; 13: 94-101.
23. Ross J. Developing a better understanding of handoffs. J Perianesth Nurs 2012; 27(5): 360-2.