

การพัฒนาและการใช้แนวปฏิบัติการส่งต่อข้อมูล ผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น

Development and Implementation of a Postoperative Patient Handoff Guideline in a Postoperative Anesthesia Care Unit

ธัญวิทย์ นิลพุด¹ สุภารัตน์ วังศรีคุณ^{*2} นัทธมน วุฒานนท์²

Thanyawit Ninlaphut¹ Suparat Wangsrikhun^{*2} Nuttamon Vuttanon²

¹คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10400

¹Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok Thailand 10400

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เชียงใหม่ ประเทศไทย 50200

²Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Chiang Mai Thailand 50200

บทคัดย่อ

การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดมีความสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย การวิจัยดำเนินการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น กลุ่มตัวอย่างระยะการใช้แนวปฏิบัติ ได้แก่ พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในทีมวิสัญญี ซึ่งทำหน้าที่ในการส่งต่อข้อมูล 31 คน พยาบาลห้องพักฟื้นซึ่งทำหน้าที่ในการรับข้อมูล 9 คน และข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อข้อมูล แบ่งเป็นข้อมูลก่อนใช้และขณะใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 50 และ 55 ข้อมูล ตามลำดับ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบประเมินความสมบูรณ์ของการส่งต่อข้อมูล และแบบสอบถามความพึงพอใจของการได้รับการส่งต่อข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.98 และ 0.93 ตามลำดับ แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การเตรียมก่อนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด 2) กระบวนการส่งต่อข้อมูล และ 3) วิธีการส่งต่อข้อมูลและข้อมูลที่ต้องส่งต่อ ระหว่างการใช้แนวปฏิบัติ ความสมบูรณ์ของการส่งต่อข้อมูลเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14.00 ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ เป็นร้อยละ 87.27 ความพึงพอใจของการได้รับข้อมูลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 42.00 ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ เป็นร้อยละ 85.45 และการติดต่อกลับเพื่อขอข้อมูลภายหลังสิ้นสุดการส่งต่อข้อมูลลดลงจากร้อยละ 58.00 เป็นร้อยละ 14.55 ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติ ที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพที่ดี ทำให้การส่งต่อข้อมูลมีความสมบูรณ์และความพึงพอใจเพิ่มขึ้น รวมทั้งลดจำนวนครั้งของการติดต่อกลับเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติม

คำสำคัญ: การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย, ความสมบูรณ์การส่งต่อข้อมูล, ความพึงพอใจของการได้รับข้อมูล, ผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น

Abstract

Postoperative patient handoff is crucial for patient safety and continuity of patient care. This implementation research aimed to develop a postoperative patient handoff guideline in a postoperative anesthesia care unit and to examine its effectiveness. Participants in the guideline implementation phase were 31 nurses in the anesthetic team who delivered the handoff, 9 post-anesthetic care unit nurses who received the handoff, and the handoff patient's data, which included 50 patients' data before implementing

*Corresponding Author: *E-mail: suparat.w@cmu.ac.th

the guideline and 55 patients' data during the implementation. The instrument for data collection was comprised of the Completeness of Handoff Information Evaluation Form and the Adequacy of Handoff Information Questionnaire, which were developed by the researcher based on a literature review. They were checked for their content validity by 5 experts and yielded the item-objective congruence indexes of 0.98 and 0.93, respectively. The developed guideline had three components, including 1) preparation before transferring patients from the operating room, 2) the handoff process, and 3) the handoff method and handoff information. During the guideline implementation, the completeness of handoff information increased from 14.00% before implementation to 87.27%, the adequacy of handoff information increased from 42.00 % to 85.45%, and the percentage of callbacks for further information decreased from 58.00 % to 14.55%. The study findings reveal that the developed guideline is effective for increasing the completeness and adequacy of handoff information, as well as decreasing the number of callbacks for further information after handoff.

Keyword: Patient handoff, Completeness of handoff, Adequacy of handoff, Postoperative patient

บทนำ

ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย จะได้รับยาตามสลับทางท่อนไขไขร่วมกับการให้ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ และยาหย่อนกล้ามเนื้อในระหว่างการผ่าตัด ซึ่งยาเหล่านี้จะออกฤทธิ์กดการตอบสนอง (reflex) ต่าง ๆ ของร่างกาย ทั้งระบบประสาทที่อยู่ภายใต้อำนาจจิตใจ และระบบประสาทอัตโนมัติ รวมทั้งกล้ามเนื้อผู้ป่วยจะหย่อนตัวตลอดเวลาผ่าตัด¹ เมื่อสิ้นสุดการผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับการเคลื่อนย้ายจากห้องผ่าตัดมายังห้องพักฟื้นเพื่อเฝ้าติดตามอาการ และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะหลังผ่าตัดอย่างใกล้ชิด พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นจึงจำเป็นต้องได้รับการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยจากทีมวิสัญญีพยาบาล ซึ่งเป็นผู้ดูแลในระยะผ่าตัดอย่างถูกต้อง และครบถ้วน เพื่อให้มีข้อมูลที่จำเป็นเพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย

การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดภายใต้การระงับความรู้สึกระหว่างทีมวิสัญญีกับพยาบาลห้องพักฟื้นมีความเสี่ยงที่จะเกิดความผิดพลาดได้สูง² จากปัจจัยทั้งด้านผู้ป่วย ด้านทีมสุขภาพ และด้านสิ่งแวดล้อมในห้องพักฟื้น³ ในระยะนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังรู้สึกตัวไม่เต็มที่ มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งจากยาการระงับความรู้สึกที่ยังมีฤทธิ์หลงเหลือ^{4,5} และการเปลี่ยนแปลงอาการในระยะแรกหลังผ่าตัด⁶ ในขณะที่ทีมวิสัญญีซึ่งทำหน้าที่ในการส่งต่อข้อมูลต้องส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่จำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัยและครอบคลุมแก่พยาบาลห้องพักฟื้นในระยะเวลาจำกัด⁴ รวมทั้งระหว่าง

ส่งต่อข้อมูลอาจมีการรบกวนหรือขัดจังหวะการส่งต่อข้อมูลจากกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย⁴ เช่น การเชื่อมต่ออุปกรณ์ต่าง ๆ เป็นต้น

การส่งต่อข้อมูลที่ไม่มีประสิทธิภาพ ไม่ครบถ้วนหรือไม่พอเพียงเป็นสาเหตุของความผิดพลาดในการดูแลรักษาที่พบได้บ่อย⁷ การส่งต่อข้อมูลที่มีความครอบคลุมและเพียงพอในการดูแลผู้ป่วย จะช่วยลดการติดต่อกลับของทีมงานพยาบาลในห้องพักฟื้นไปยังทีมวิสัญญีเพื่อขอข้อมูลซ้ำ^{8,9} ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็ว ไม่เกิดความล่าช้า รวมทั้งช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้^{4,9}

การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงและจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดนั้น ผู้ส่งต่อข้อมูลต้องส่งต่อข้อมูลที่เฉพาะเจาะจง ครอบคลุมข้อมูลที่จำเป็นและเพียงพอในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยใช้ระยะเวลาอย่างเหมาะสม⁴ ปัจจุบันการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นภาควิชาชีพศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี หน่วยงานมีนโยบายการใช้ไอเอสบาร์ โมเดล เป็นกรอบในการส่งต่อข้อมูล แต่ยังไม่มีการมีเครื่องมือและแนวปฏิบัติในการส่งต่อข้อมูลที่ชัดเจน ทำให้การส่งต่อข้อมูลระหว่างวิสัญญีพยาบาลกับพยาบาลห้องพักฟื้นมีความหลากหลาย ขึ้นอยู่กับความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล บางครั้งการส่งต่อข้อมูลเกิดขึ้นในขณะที่พยาบาลห้องพักฟื้นกำลังติดอุปกรณ์ติดตามสัญญาณชีพ และบางครั้งการส่งต่อข้อมูลยังถูกรบกวนหรือ

ขัดจังหวะจากกิจกรรมอื่น ทำให้เกิดความเสี่ยงที่ข้อมูลสำคัญจะขาดหายระหว่างการส่งต่อข้อมูล จากการเก็บข้อมูลเบื้องต้นของผู้วิจัยโดยใช้รายการตรวจสอบความสมบูรณ์ของการส่งต่อข้อมูลในเดือนกุมภาพันธ์ 2564 พบความสมบูรณ์ของการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น 14 ครั้ง จาก 59 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 23.73 ซึ่งสะท้อนถึงโอกาสในการพัฒนากระบวนการส่งต่อข้อมูลของหน่วยงานให้มีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัยครั้งนี้เพื่อพัฒนาคุณภาพการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น
2. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนาและประเมินประสิทธิภาพการใช้แนวปฏิบัติการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยด้านสุขภาพและการแพทย์แห่งชาติประเทศออสเตรเลีย¹⁰ แบ่งการวิจัยเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะการพัฒนาแนวปฏิบัติ ประกอบไปด้วย 12 ขั้นตอน ได้แก่ 1) กำหนดความต้องการและขอบเขตของการจัดทำแนวปฏิบัติ 2) กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ 3) กำหนดวัตถุประสงค์กลุ่มเป้าหมาย 4) กำหนดผลลัพธ์ 5) ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ 6) ยกร่างแนวปฏิบัติ 7) จัดเตรียมแนวปฏิบัติ 8) การเตรียมผู้ปฏิบัติก่อนการนำแนวปฏิบัติไปใช้จริง 9) การทดลองใช้แนวปฏิบัติ 10) การประเมินผลการทดลองใช้แนวปฏิบัติ 11) การนำเสนอข้อมูลและสรุปผลการทดลองใช้แนวปฏิบัติ และ 12) ปรึกษาผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ไม่ใช่ทีมพัฒนา และระยะที่ 2 ระยะการใช้แนวปฏิบัติ ครอบคลุมการเตรียมการและการเผยแพร่แนวปฏิบัติ การนำแนวปฏิบัติไปใช้ และการประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ โดยประเมินผลลัพธ์ ได้แก่ ความสมบูรณ์ของการส่งต่อข้อมูล และความพอใจของการได้รับข้อมูลเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัด แนวปฏิบัติในการส่งต่อข้อมูลที่พัฒนาและนำไปใช้อย่างเป็นระบบ จะช่วยให้เกิดความสมบูรณ์ของการส่งต่อข้อมูล และความพอใจของการได้รับข้อมูลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยดำเนินการ (implementation research) ดำเนินการวิจัยตั้งแต่ 9 กุมภาพันธ์ ถึง 18 กันยายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้มีประชากร 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น และข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ แบ่งกลุ่มตัวอย่างตามระยะของการดำเนินวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะการพัฒนาแนวปฏิบัติ แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย วิทยาลัยแพทย์ 1 คน วิทยาลัยพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการพัฒนางานคุณภาพ 1 คน พยาบาลห้องพักฟื้น 1 คน และผู้วิจัย 2) กลุ่มผู้ปฏิบัติที่ทดลองใช้แนวปฏิบัติ ประกอบด้วย พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในทีมวิทยาลัยซึ่งทำหน้าที่ในการส่งต่อข้อมูล 31 คน และพยาบาลห้องพักฟื้นซึ่งทำหน้าที่ในการรับข้อมูล 9 คน รวม 40 คน โดยผู้วิจัยได้ทำการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง 3) ข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายที่ได้รับการส่งต่อ จำนวน 36 ข้อมูล

ระยะที่ 2 ระยะการใช้แนวปฏิบัติ มีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้ปฏิบัติที่ใช้แนวปฏิบัติประกอบด้วย พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในทีมวิทยาลัยซึ่งทำหน้าที่ในการส่งต่อข้อมูล 31 คน พยาบาลห้องพักฟื้นซึ่งทำหน้าที่ในการรับข้อมูล 9 คน รวม 40 คน โดยผู้วิจัยได้ทำการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง 2) ข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายที่ได้รับการส่งต่อ 105 ข้อมูล แบ่งเป็นข้อมูลที่ได้รับการส่งต่อก่อนใช้แนวปฏิบัติ 50 ข้อมูล และข้อมูลที่ได้รับการส่งต่อขณะใช้แนวปฏิบัติ 55 ข้อมูล

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1. แนวปฏิบัติการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ซึ่งผู้วิจัยและทีมพัฒนาแนวปฏิบัติพัฒนาขึ้นในระยะที่ 1 ของการดำเนินการวิจัย
2. คู่มือการใช้แนวปฏิบัติการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ซึ่งผู้วิจัยและทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ พัฒนาขึ้นในระยะที่ 1 ของการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบประเมินความสมบูรณ์ของการส่งต่อข้อมูล ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีลักษณะเป็น รายการตรวจสอบข้อมูลที่ต้องส่งต่อ ประกอบไปด้วยข้อมูล 5 หมวด ตามไอเอสบาร์ โมเดล ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล (identification) 2) ข้อ 2) ข้อมูลสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการรับความรู้สึกและการผ่าตัด (situation) 4 ข้อ 3) ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วย (background) 4 ข้อ 4) การประเมินผู้ป่วยและการวิเคราะห์สถานการณ์ (assessment and analysis) 10 ข้อ และ 5) ข้อแนะนำและแผนการดูแลผู้ป่วย (recommendation) 4 ข้อ โดยกำหนดให้พยาบาลหอพักฟื้น เป็นผู้ประเมินหลังจากการส่งต่อข้อมูลสิ้นสุดและได้ให้การดูแลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยรายนั้นเรียบร้อยแล้ว ภายในระยะเวลาไม่เกิน 10 นาที ข้อคำถามมีคำตอบให้เลือกตอบ 3 ข้อ ได้แก่ ส่งต่อ ไม่ได้ส่งต่อ ไม่เกี่ยวข้อง การประเมินผลรายหมวด หากมีการประเมิน ส่งต่อ หรือไม่เกี่ยวข้องครบทุกข้อ แปลว่า การส่งต่อข้อมูลหมวดนั้นมีความสมบูรณ์ หากมีการประเมิน ไม่ได้ส่งต่อ ข้อใดข้อหนึ่ง แปลว่า การส่งต่อข้อมูลหมวดนั้นไม่มีความสมบูรณ์ และหากการส่งต่อข้อมูลมีความสมบูรณ์ทุกหมวด แปลว่า การส่งต่อข้อมูลในภาพรวมมีความสมบูรณ์

2. แบบสอบถามความพอใจเพียงของการได้รับการส่งต่อข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความพอใจเพียงของการได้รับการส่งต่อข้อมูลตามการรับรู้ของพยาบาล มี 1 ข้อ คำถาม มีคำตอบ 2 คำตอบให้เลือก (พอเพียง/ไม่พอเพียง) โดยกำหนดให้พยาบาลหอพักฟื้นเป็นผู้ประเมินหลังจากการส่งต่อข้อมูลสิ้นสุดและได้ให้การดูแลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยรายนั้นเรียบร้อยแล้ว ภายในระยะเวลาไม่เกิน 10 นาที และ 2) การติดต่อกลับเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมภายหลังสิ้นสุดการส่งต่อข้อมูล มี 3 ข้อคำถาม ครอบคลุมการติดต่อกลับไปยังทีมวิสัญญีเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมภายหลังสิ้นสุดการส่งต่อข้อมูล (ใช่/ไม่ใช่) จำนวนครั้งของการติดต่อ และเรื่องที่ติดต่อกลับ โดยพยาบาลหอพักฟื้นเป็นผู้ประเมินหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอพักฟื้นแล้ว

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. แนวปฏิบัติ และคู่มือการใช้แนวปฏิบัติ ได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการรับความรู้สึก 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด 2 ท่าน

พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการรับความรู้สึก (APN) 1 ท่าน และพยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดในหอพักฟื้นอย่างน้อย 10 ปี จำนวน 1 ท่าน หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาพิจารณาเพื่อปรับปรุงแก้ไขร่วมกับทีมพัฒนาแนวปฏิบัติฯ

2. แบบประเมินความสมบูรณ์ของการส่งต่อข้อมูล และแบบสอบถามความพอใจเพียงของการได้รับการส่งต่อข้อมูล ได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน หลังจากนั้นนำมาคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์¹¹ ได้เท่ากับ 0.98 และ 0.93 ตามลำดับ

3. ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความสมบูรณ์ของการส่งต่อข้อมูล ไปหาความเชื่อมั่นระหว่างผู้วิจัยและพยาบาลหอพักฟื้นซึ่งทำหน้าที่ในการประเมินความสมบูรณ์ของการส่งต่อข้อมูลที่ละคน จนครบ 9 คน โดยผู้วิจัยรับฟังการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยรายเดียวกันกับพยาบาลหอพักฟื้น ประเมินความสมบูรณ์ของการส่งต่อข้อมูลโดยประเมินเป็นอิสระจากกัน จากนั้นทำการหาความเชื่อมั่นจำนวนคนละ 3 เหตุการณ์ ผลการประเมินได้ค่าความเชื่อมั่น (interrater reliability) ระหว่างผู้วิจัยและพยาบาลหอพักฟื้นแต่ละคน เท่ากับ 1

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ผ่านการรับรองเชิงจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ 113/2565 รหัสโครงการ 2565-EXP081 และจากหน่วยจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ COA.MURA2023/74 ซึ่งหลังผ่านการอนุมัติ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างพร้อมชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการให้ความยินยอมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย และไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานใด ๆ ทั้งสิ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล ขั้นตอนของการวิจัยและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดในหอพักฟื้น

1) ผู้วิจัยเข้าพบวิสัญญีพยาบาลที่รับผิดชอบการพัฒนาคุณภาพในหอพักฟื้น และหัวหน้าพยาบาลหอพักฟื้น เพื่อนำเสนอประเด็นปัญหาในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดในหอพักฟื้น และกำหนดขอบเขตของ

การพัฒนาแนวปฏิบัติ โดยขอบเขตของแนวปฏิบัติ ครอบคลุมตั้งแต่การเตรียมก่อนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัดจนถึงการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่ห้องพักฟื้น

2) กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ ซึ่งครอบคลุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำคัญในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่ห้องพักฟื้น ได้แก่ ผู้วิจัย วิทยาลัยแพทย์ 1 ท่าน วิทยาลัยพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการพัฒนางานคุณภาพ 1 ท่าน และพยาบาลห้องพักฟื้น 1 ท่าน

3) กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมายในการใช้แนวปฏิบัติ ซึ่งวัตถุประสงค์ในการดำเนินการครั้งนี้ เพื่อพัฒนาคุณภาพการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น และกลุ่มเป้าหมายในการใช้แนวปฏิบัติ ได้แก่ ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น

4) กำหนดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาแนวปฏิบัติ ได้แก่ ความสมบูรณ์ของการส่งต่อข้อมูล และความพอเพียงของการได้รับข้อมูลเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัด

5) ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยกำหนดคำสำคัญในการสืบค้นด้วย PICO format ดังนี้ Population ได้แก่ “post anesthesia care” “recovery room” “พยาบาลห้องพักฟื้น” Intervention ได้แก่ “handover protocol” “postoperative handover” “การจัดการการส่งเวร” “การส่งต่อข้อมูล” Comparison intervention ได้แก่ “RCTs” “systematic review” “practice guideline” “evidence-based practice” “best practice” Outcome ได้แก่ “postanesthesia complication” “omission errors” “communication error” กำหนดแหล่งสืบค้น ได้แก่ CINAHL, Scopus, PubMed, JBI database, www.tci-thaijo.org เป็นต้น สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์เบื้องต้นได้จำนวน 147 เรื่อง จากนั้นทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ ร่วมกันคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องนำมาจัดระดับความน่าเชื่อถือ¹² และระดับของข้อเสนอแนะตามแนวทางของสถาบันโจแอนนาบริกส์¹³ คัดเลือกได้หลักฐานเชิงประจักษ์ 17 เรื่อง แบ่งเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความน่าเชื่อถือ Level 2b จำนวน 1 เรื่อง Level 2c จำนวน 8 เรื่อง Level 2d จำนวน 4 เรื่อง Level 3c จำนวน 2 เรื่อง และ Level 4b จำนวน 2 เรื่อง

6) ยกร่างแนวปฏิบัติ ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้ และจัดทำร่างคู่มือการใช้แนวปฏิบัติ จากนั้นนำร่างแนวปฏิบัติ และร่างคู่มือการใช้แนวปฏิบัติ ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ

จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงและความถูกต้องของเนื้อหา จากนั้นนำมาข้อคิดเห็นมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ

7) เตรียมแผนการเผยแพร่ แผนการใช้แนวปฏิบัติ เตรียมเอกสารประกอบการประชุม โปสเตอร์ไอเอสบาร์โมเดล และรายการตรวจสอบข้อมูล พร้อมทั้งจัดพิมพ์เล่มแนวปฏิบัติ และคู่มือการใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 2 ฉบับ

8) เตรียมผู้ปฏิบัติ โดยจัดประชุมกลุ่มแนะนำการใช้แนวปฏิบัติ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้จัดวางเล่มแนวปฏิบัติและคู่มือการใช้แนวปฏิบัติ พร้อมกับส่งไฟล์อิเล็กทรอนิกส์เข้าไลน์กลุ่มเพื่อให้ผู้ใช้แนวปฏิบัติ สะดวกในการใช้งาน

9) ทดลองใช้แนวปฏิบัติ เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์

10) ประเมินผลการทดลองใช้แนวปฏิบัติ พบว่ากลุ่มปฏิบัติที่ทดลองใช้แนวปฏิบัติ ทุกคนเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งถึงความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติ ไปใช้ในสถานการณ์จริง

11) ผู้วิจัยนำเสนอผลการทดลองใช้แนวปฏิบัติ แก่ผู้ใช้แนวปฏิบัติ

12) ผู้วิจัยจัดประชุมผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติ เพื่อประชาสัมพันธ์และร่วมกันตัดสินใจถึงการนำแนวปฏิบัติ ไปใช้ในหน่วยงาน โดยทุกคนมีความเห็นร่วมกันในการนำแนวปฏิบัติ มาใช้ในหน่วยงาน

ระยะที่ 2 การใช้แนวปฏิบัติการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น

1) ก่อนการดำเนินการใช้แนวปฏิบัติ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ ได้แก่ ความสมบูรณ์ของการส่งต่อข้อมูล และความพอเพียงของการได้รับการส่งต่อข้อมูล เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์

2) เผยแพร่แนวปฏิบัติการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โดยประชาสัมพันธ์การใช้แนวปฏิบัติ ผ่านหนังสือแจ้งเวียนในหน่วยงาน จัดการอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับผู้ใช้แนวปฏิบัติ จัดวางคู่มือการใช้แนวปฏิบัติ ในตำแหน่งที่เข้าถึงได้ง่าย จัดทำไฟล์ข้อมูลแนวปฏิบัติ และคู่มือในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งสามารถสแกนผ่านคิวอาร์โค้ด รวมทั้งจัดทำโปสเตอร์ประชาสัมพันธ์

3) ใช้แนวปฏิบัติ เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ โดยระหว่างการใช้แนวปฏิบัติ ผู้วิจัยได้ประสานงานกับผู้นำของหน่วยงานในการกระตุ้นและผลักดันให้เกิดความร่วมมือในการใช้แนวปฏิบัติ จัดให้มีระบบเตือนความจำโดยใช้โปสเตอร์ติด

ผนังห้องพักฟื้นบริเวณเหนือเตียงผู้ป่วย จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ใช้แนวปฏิบัติฯ ตรวจสอบระหว่างการใช้แนวปฏิบัติฯ เพื่อให้คำแนะนำและความช่วยเหลือผู้ใช้แนวปฏิบัติฯ ติดตามสอบถามปัญหา อุปสรรคระหว่างการใช้แนวปฏิบัติฯ รวมทั้งกระตุ้น สนับสนุน สร้างแรงจูงใจผ่านไลน์กลุ่ม

4) ประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดในหอพักฟื้น เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลความสมบูรณ์ของการส่งต่อข้อมูลและข้อมูลความพึงพอใจของการได้รับการส่งต่อข้อมูล ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และนำเสนอในรูปแบบความถี่ และร้อยละ

ผลการวิจัย

1. ลักษณะของแนวปฏิบัติการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดในหอพักฟื้น

แนวปฏิบัติฯ ที่พัฒนาขึ้น ครอบคลุม 3 องค์ประกอบ ดังนี้

1) การเตรียมก่อนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด: ทีมผู้ดูแลผู้ป่วยในห้องผ่าตัดควรมีการสรุปข้อมูลการผ่าตัด และข้อควรระวังหรือสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการการดูแลเป็นพิเศษ รวมทั้งควรมีการสื่อสารระหว่างทีมผู้ดูแลผู้ป่วยในห้องผ่าตัดและพยาบาลหอพักฟื้น ก่อนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

2) กระบวนการส่งต่อข้อมูล: ส่งต่อข้อมูลโดยใช้ขั้นตอน เชื่อมต่อ สังเกต ฟัง ส่งต่อและซักถาม (Connect, Observe, Listen, Delegate and Discuss [COLD])

3) วิธีการส่งต่อข้อมูลและข้อมูลที่ต้องส่งต่อ: ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยด้วยวาจาและใช้รายการตรวจสอบเป็นเครื่องมือช่วยในส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย ข้อมูลที่ต้องส่งต่อครอบคลุมข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการระงับความรู้สึกและการผ่าตัด ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วย การประเมินผู้ป่วยและการวิเคราะห์สถานการณ์ข้อแนะนำการดูแลผู้ป่วย (identification, situation, background, assessment & analysis and recommendation [ISBAR])

2. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดในหอพักฟื้น

ตารางที่ 1 ความสมบูรณ์ของการส่งต่อข้อมูลกลุ่มก่อนและระหว่างใช้แนวปฏิบัติการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดในหอพักฟื้น

ข้อมูลที่ส่งต่อ	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ (n = 50)		ระหว่างใช้แนวปฏิบัติ (n = 55)	
	สมบูรณ์	ไม่สมบูรณ์	สมบูรณ์	ไม่สมบูรณ์
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. ข้อมูลส่วนบุคคล	46 (92.00)	4 (8.00)	55 (100.00)	0 (00.00)
2. ข้อมูลสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการระงับความรู้สึกและการผ่าตัด	47 (94.00)	3 (6.00)	55 (100.00)	0 (00.00)
3. ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วย	24 (48.00)	26 (52.00)	55 (100.00)	0 (00.00)
4. การประเมินผู้ป่วยและการวิเคราะห์สถานการณ์	7 (14.00)	43 (86.00)	55 (100.00)	0 (00.00)
5. ข้อแนะนำและแผนการดูแลผู้ป่วย	10 (20.00)	40 (80.00)	48 (87.27)	7 (12.73)
6. ภาพรวม	7 (14.00)	39 (88.00)	48 (87.27)	7 (12.73)

ระหว่างการใช้แนวปฏิบัติฯ ความสมบูรณ์ของการส่งต่อข้อมูล (ร้อยละ 87.27) เพิ่มขึ้นจากก่อนการใช้แนวปฏิบัติ (ร้อยละ 14.00) โดยพบความสมบูรณ์ของการส่งต่อร้อยละ 100 ใน 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสถานการณ์

ที่เกี่ยวข้องกับการระงับความรู้สึกและการผ่าตัด ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วย และการประเมินผู้ป่วยและการวิเคราะห์สถานการณ์ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 2 ความพอเพียงของการได้รับข้อมูลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดกลุ่มก่อนและระหว่างใช้แนวปฏิบัติการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น

ความพอเพียงของการได้รับข้อมูล ผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัด	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ (n = 50)		ระหว่างใช้แนวปฏิบัติ (n = 55)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความพอเพียงของการได้รับการส่งต่อข้อมูล ตามการรับรู้ของพยาบาล				
พอเพียง	21	42.00	47	85.45
ไม่พอเพียง	29	58.00	8	14.55
การติดต่อกลับเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติม ภายหลังสิ้นสุดการส่งต่อข้อมูล				
ต้องติดต่อขอข้อมูลเพิ่มเติม	29	58.00	8	14.55
ไม่ต้องติดต่อขอข้อมูลเพิ่มเติม	21	42.00	47	85.45

ความพอเพียงของการได้รับข้อมูลผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 42.00 ก่อนการใช้แนวปฏิบัติเป็นร้อยละ 85.45 ระหว่างการใช้แนวปฏิบัติ และการติดต่อกลับเพื่อขอข้อมูลภายหลังสิ้นสุดการส่งต่อข้อมูลลดลงจากร้อยละ 58.00 เป็นร้อยละ 14.55 (ตารางที่ 2)

การอภิปรายผลการวิจัย

แนวปฏิบัติการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น

แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านการสืบค้นและคัดเลือกร้อยละ 17 เรื่อง ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การเตรียมก่อนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด กระบวนการส่งต่อข้อมูล และวิธีการส่งต่อข้อมูลและข้อมูลที่ต้องส่งต่อ ในการเตรียมก่อนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด ทีมผู้ดูแลผู้ป่วยในห้องผ่าตัดควรมีการสรุปข้อมูลการผ่าตัด และข้อควรระวังหรือสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการการดูแลเป็นพิเศษ¹⁴ การสรุปข้อมูลร่วมกันระหว่างศัลยแพทย์ ทีมวิสัญญี และพยาบาลห้องผ่าตัด ในประเด็นที่ผู้ป่วยต้องการการดูแลเป็นพิเศษหรือต้องการการดูแลต่อเนื่อง เพื่อส่งต่อให้พยาบาลห้องพักฟื้นจะช่วยป้องกันการขาดหายไปของข้อมูลและการส่งข้อมูลที่ไม่น่าเป็นมากเกินไป¹⁵ นอกจากนี้ก่อนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัดควรมีการสื่อสารระหว่างทีมผู้ดูแลผู้ป่วยในห้องผ่าตัดและพยาบาลห้องพักฟื้น การประสานงานก่อนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยช่วยให้ทีมพยาบาลห้องพักฟื้นเตรียมพร้อมรับผู้ป่วย สามารถมอบหมายพยาบาลผู้รับผิดชอบดูแล

ผู้ป่วยได้ก่อนผู้ป่วยจะมาถึง รวมทั้งจัดเตรียมเครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่จำเป็นให้เหมาะสมก่อนที่ผู้ป่วยจะมาถึง¹⁶ ทำให้มีการรบกวนหรือขัดจังหวะขณะส่งต่อข้อมูลลดลง¹⁷

สำหรับกระบวนการส่งต่อข้อมูล มีข้อเสนอแนะให้ส่งต่อข้อมูลโดยใช้ขั้นตอน เชื่อมต่อ สังเกต ฟัง ส่งต่อและซักถาม ซึ่งช่วยลดระยะเวลาการไม่ได้ติดต่ออุปกรณ์ตามสัญญาณชีพให้น้อยที่สุด¹⁴ ทำให้ระหว่างการส่งต่อข้อมูลด้วยวาจาพยาบาลห้องพักฟื้นมีการฟังอย่างตั้งใจ รวมทั้งมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลวิสัญญีผู้ส่งต่อข้อมูลและพยาบาลห้องพักฟื้นผู้รับข้อมูล⁴ จากผลการศึกษาที่ผ่านมา⁴ ซึ่งใช้ขั้นตอนดังกล่าวเป็นกรอบในการส่งต่อข้อมูล พบว่าช่วยให้ข้อมูลผู้ป่วยได้รับการส่งต่ออย่างครบถ้วน มีการรบกวนหรือขัดจังหวะระหว่างการส่งต่อข้อมูลลดลง เพิ่มปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ส่งและรับข้อมูล และเพิ่มคุณภาพการส่งต่อข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญ

วิธีการส่งต่อข้อมูลด้วยวาจาควรรวมกับการใช้รายการตรวจสอบข้อมูลที่ได้มาตรฐานจะช่วยให้ทีมวิสัญญีส่งต่อข้อมูลที่สำคัญให้กับทีมพยาบาลห้องพักฟื้นได้ถูกต้องครบถ้วน ลดการสูญหายของข้อมูลในระหว่างการส่งต่อ^{8,18} ข้อมูลที่ต้องส่งต่อควรครอบคลุมข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการระบุความรู้สึกและการผ่าตัด ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วย การประเมินผู้ป่วยและการวิเคราะห์สถานการณ์ ข้อเสนอแนะการดูแลผู้ป่วย¹⁷ ตามไอเอสอาร์ โมเดล ซึ่งเป็นรูปแบบที่สั้น กระชับ ชัดเจน ง่ายต่อจำ จะช่วยลดการสูญหายของข้อมูลการดูแล ลดการส่งต่อข้อมูลที่ไม่จำเป็น ทำให้ผู้ส่งต่อข้อมูลสามารถส่งต่อข้อมูลได้ครบถ้วนสมบูรณ์⁵

ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการส่งต่อข้อมูล ผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดในท้องพักฟื้น

เมื่อเทียบกับก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติฯ พบว่า ในระหว่างการใช้นโยบายปฏิบัติฯ มีความสมบูรณ์ของการส่งต่อข้อมูล (ตารางที่ 1) และความพอเพียงของการได้รับข้อมูล (ตารางที่ 2) เพิ่มขึ้น ประสิทธิภาพที่ดีของการใช้แนวปฏิบัติฯ ที่พบในการวิจัยครั้งนี้ น่าจะเป็นผลส่วนหนึ่งจากกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ที่มีการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความน่าเชื่อถืออย่างเป็นระบบ ทำให้ได้ข้อแนะนำที่มีประสิทธิภาพ ความสมบูรณ์ของการส่งต่อข้อมูลที่เพิ่มขึ้นระหว่างมีการใช้แนวปฏิบัติฯ น่าจะเป็นผลจากการใช้รายการตรวจสอบมาเป็นเครื่องมือช่วยในการส่งต่อข้อมูล ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา⁸ การใช้รายการตรวจสอบนั้นเป็นเครื่องมือที่มีโครงสร้างชัดเจน เป็นแนวทางในการส่งต่อข้อมูลที่ไม่ซับซ้อน¹⁸ สามารถตรวจสอบย้อนหลังว่าข้อมูลที่ส่งต่อครบถ้วนหรือไม่¹⁹ เป็นรูปแบบที่ง่าย สะดวกต่อการนำไปใช้ ช่วยจัดข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ และเชื่อมโยงกับข้อมูลที่ต้องส่ง ซึ่งเกิดความสอดคล้องกับการปฏิบัติงานจริง^{8,20-22}

นอกจากนี้ความสมบูรณ์ของการส่งต่อข้อมูลที่เพิ่มขึ้นระหว่างการใช้นโยบายปฏิบัติฯ น่าจะมีผลจากการกำหนดข้อมูลที่ต้องส่งต่อตามไอเอสบาร์ โมเดล ซึ่งเป็นรูปแบบที่สั้น กระชับ ง่ายต่อจำและการทวนกลับข้อมูล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ใช้ไอเอสบาร์ โมเดล¹⁷ ในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในท้องพักฟื้น ส่งผลให้ข้อมูลที่ส่งต่อด้วยจากมีความสมบูรณ์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 12 เป็นร้อยละ 86¹⁷ และเป็นไปทิศทางเดียวกันกับการศึกษาก่อนหน้าอีกหลายการศึกษา^{14, 23-25}

ระหว่างใช้นโยบายปฏิบัติฯ พบความพอเพียงของการได้รับข้อมูลฯ เพิ่มขึ้น และจำนวนครั้งการติดต่อกลับเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมลดลง (ตารางที่ 2) ผลลัพธ์ดังกล่าวน่าจะเกิดจากกระบวนการส่งต่อข้อมูลตามขั้นตอนเชื่อมต่อ สังเกต ฟัง ส่งต่อและซักถาม (COLD) ที่ช่วยลดการรบกวนขณะส่งต่อข้อมูลเพราะมีการเชื่อมต่ออุปกรณ์ต่าง ๆ ก่อนการส่งต่อข้อมูล⁴ ทำให้พยาบาลท้องพักฟื้นสามารถฟังอย่างตั้งใจและมีโอกาสในการซักถาม ส่งผลให้เกิดความพอเพียงของการได้รับข้อมูล และลดการติดต่อกลับเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติม นอกจากนี้การสื่อสารก่อนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ช่วยให้พยาบาลท้องพักฟื้นมีการเตรียมพร้อมรับผู้ป่วย ทำให้ระหว่างส่งต่อข้อมูลไม่ถูกขัดจังหวะด้วยกิจกรรมการดูแลที่ไม่สำคัญ¹⁵ ส่งผลให้พยาบาลท้องพักฟื้นรับฟังการส่งต่อข้อมูลอย่างตั้งใจ นำไปสู่ความพอ

เพียงของการได้รับข้อมูล

ประสิทธิภาพที่ดีในการวิจัยครั้งนี้ น่าจะมีส่วนมาจากการใช้นโยบายปฏิบัติฯ อย่างจริงจัง ซึ่งเกิดจากกระบวนการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ โดยการใช้แนวปฏิบัติฯ ในการวิจัยครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนจากผู้นำของหน่วยงานทั้งหัวหน้าภาควิชา วิทยาลัยวิทยา หัวหน้าวิทยาลัยพยาบาล และหัวหน้าพยาบาลท้องพักฟื้นในการกระตุ้นและผลักดันให้เกิดความร่วมมือในใช้นโยบายปฏิบัติฯ อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ รวมทั้งผู้วิจัยได้นำกลยุทธ์หลายกลยุทธ์มาใช้ในการส่งเสริมให้มีการใช้นโยบายปฏิบัติฯ การใช้กลยุทธ์หลายกลยุทธ์ร่วมกันช่วยส่งเสริมให้มีการนำแนวปฏิบัติไปใช้ได้ดีกว่าการใช้กลยุทธ์ใดกลยุทธ์หนึ่ง²⁶ กลยุทธ์ที่ผู้วิจัยได้ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ 1) การจัดให้มีสื่อให้ความรู้ที่เข้าถึงได้ง่ายและสะดวกทั้งแบบรูปเล่มและอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ 2) การจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการซึ่งช่วยให้ผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความเข้าใจตรงกัน มีความมั่นใจ และสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องในสถานการณ์จริง^{26,27} 3) การใช้ระบบเตือนความจำ โดยนำติดโปสเตอร์ที่ผนังห้องบริเวณที่มองเห็นได้ชัดเจนส่งต่อข้อมูล และวางเอกสารที่เกี่ยวข้องบริเวณที่มองเห็นได้ชัด เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ แก้ปัญหาการลืม ซึ่งเป็นกลยุทธ์ที่ง่ายต่อการนำต่อการนำไปใช้ สะดวก และประหยัด มีผลลัพธ์ที่ดี²⁶ 4) การติดตามตรวจเยี่ยมและให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นระยะ 5) การใช้เทคโนโลยีมาช่วยในการสื่อสารและสร้างแรงจูงใจ โดยผู้วิจัยนำแอปพลิเคชันไลน์มาใช้ในการให้ข้อมูล การจัดส่งเอกสารในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์และคิวอาร์โค้ด การกระตุ้นเตือน และการสร้างแรงจูงใจในการใช้นโยบายปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ควรมีการนำแนวปฏิบัติการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดในท้องพักฟื้นไปใช้ในหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง และขยายการใช้นโยบายปฏิบัติฯ ไปยังท้องพักฟื้นอื่น ๆ ทั้งนี้ในการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้จำเป็นต้องมีการจัดเตรียมอุปกรณ์เอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง มีการเผยแพร่แนวปฏิบัติฯ แก่ผู้ใช้อย่างทั่วถึง รวมถึงใช้กลยุทธ์หลากหลายเพื่อส่งเสริมให้มีการใช้นโยบายปฏิบัติอย่างจริงจัง จึงจะทำให้เกิดประสิทธิภาพที่ดีของการใช้นโยบายปฏิบัติดังกล่าว

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลการใช้นโยบายปฏิบัติการส่งต่อ

ข้อมูลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นกับผลลัพธ์ผู้ป่วย
เช่น ภาวะพร้อมออกซิเจนในห้องพักฟื้น เป็นต้น

References

1. Naosuwan P. A Retrospective study: the Incidence of Complications in Patients under General Anesthesia Sichon Hospital, Nakhon Si Thammarat. Region 11 Medical Journal. 2018;32 (3):1121-30. (in Thai)
2. Nagpal K, Arora S, Abboudi M, Vats A, Wong HW, Manchanda C, et al. An evaluation of information transfer through the continuum of surgical care: a feasibility study. *Annals of surgery*. 2010;252(2):402-7.
3. Wang XL, He M, Feng Y. Handover Patterns in the PACU: A Review of the Literature. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. 2021;36(2):136-41.
4. Redley B, Bucknall TK, Evans S, Botti M. Inter-professional clinical handover in post-anaesthetic care units: tools to improve quality and safety. *International Journal for Quality in Health Care*. 2016;28(5):573-9.
5. Stephenson C, Mohabbat A, Raslau D, Gilman E, Wight E, Kashiwagi D. Management of Common Postoperative Complications. *Mayo Clinic Proceedings*. 2020;95(11):2540-54.
6. Bittner EA, Grecu L, George E. Postoperative Complications. In: Longnecker DE, Brown DL, Newman MF, Zapol WM, editors. *Anesthesiology*, 2e. New York: The McGraw-Hill Companies; 2012.
7. Jaulin F, Lopes T, Martin F. Standardised handover process with checklist improves quality and safety of care in the postanaesthesia care unit: the Postanaesthesia Team Handover trial. *British Journal of Anaesthesia*. 2021;127(6): 962-70.
8. Robins H-M, Dai F. Handoffs in the Postoperative Anesthesia Care Unit: Use of a Checklist for Transfer of Care. *American Association of Nurse Anesthetists Journal* 2015;83(4):264-8.
9. Robinson NL. Promoting Patient Safety With Perioperative Hand-off Communication. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. 2016; 31(3):245-53.
10. NHMRC. A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines. Commonwealth of Australia, Canberra. National Health and Medical Research Council; 1999.
11. Turner RC, Carlson L. Indexes of Item-Objective Congruence for Multidimensional Items. *International Journal of Testing*. 2003;3(2): 163-71.
12. The Joanna Briggs Institute. JBI Levels of Evidence 2013. Australia by Solito Fine Colour Printers: The Joanna Briggs Institute; 2014.
13. The Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 edition. Australia by Solito Fine Colour Printers: The Joanna Briggs Institute; 2014.
14. Servas L, Hayes C, Mayhorn T, Milner KA. Navigating the Path to a Sustainable "PACU Pause" and Standardized Perioperative Handoff: A Quality Improvement Project. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. 2022;37(1): 44-7.
15. Nagpal K, Arora S, Abboudi M, Vats A, Wong HW, Manchanda C, et al. Postoperative handover: problems, pitfalls, and prevention of error. *Annals of surgery*. 2010;252(1):171-6.
16. Segall N, Bonifacio AS, Schroeder RA, Barbeito A, Rogers D, Thornlow DK, et al. Can We Make Postoperative Patient Handovers Safer? A Systematic Review of the Literature. *Survey of Anesthesiology*. 2012;115(1):102-15.

17. Kaltoft A, Jacobsen YI, Tangsgaard M, Jensen HI. ISBAR as a Structured Tool for Patient Handover During Postoperative Recovery. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. 2022; 37(1):34-9.
18. López-Parra M, Porcar-Andreu L, Arizu-Puigvert M, Pujol-Caballé G. Cohort Study on the Implementation of a Surgical Checklist from the Operating Room to the Postanesthesia Care Unit. *Journal of PeriAnesthesia Nursing* 2020;35(2):155-9.
19. Burns S, Parikh R, Schuller K. Utilization of a checklist to standardize the operating room to post-anesthesia care unit patient handoff process. *Perioperative Care and Operating Room Management*. 2018;13(1):1-5.
20. Potestio C, Mottla J, Kelley E, DeGroot K. Improving Post Anesthesia Care Unit (PACU) Handoff by Implementing a Succinct Checklist. *APSF NEWSLETTER*. 2015;30(1):13-5.
21. Caruso TJ, Marquez JL, Wu DS, Shaffer JA, Balise RR, Groom M, et al. Implementation of a standardized postanesthesia care handoff increases information transfer without increasing handoff duration. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2015; 41(1):35-42.
22. Park LS, Yang G, Tan KS, Wong CH, Oskar S, Borchardt RA, Tollinche LE. Does Checklist Implementation Improve Quantity of Data Transfer: An Observation in Postanesthesia Care Unit (PACU). *The Open Anesthesia Journal*. 2017;7(4):69-82.
23. Kitney P, Tam R, Bennett P, Buttigieg D, Bramley D, Wang W. Handover between anaesthetists and post-anaesthetic care unit nursing staff using ISBAR principles: A quality improvement study. *Journal of Perioperative Nursing*. 2016; 29(1):30-5.
24. Halterman RS, Gaber M, Janjua MST, Hogan GT, Cartwright SMI. Use of a Checklist for the Postanesthesia Care Unit Patient Handoff. *Journal of Perianesthesia Nursing*. 2019; 34(4):834-41.
25. Leonardsen A-C, Moen EK, Karlsøen G, Hovland T. A Quantitative Study on Personnel's Experiences with Patient Handovers between the Operating Room and the Postoperative Anesthesia Care Unit before and after the Implementation of a Structured Communication Tool. *Nursing Reports*. 2019; 9(1):1-5.
26. NHMRC. How to put the evidence into practice: implementation and dissemination strategies. Australia: National Health and Medical Research Council 2000.
27. Pawadee W & Pitchalard K. The development of guidelines for the management of overweight and obesity in the elderly. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2016;17(1):115-23. (in Thai)