



วารสาร การพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา

Nursing Public Health and Education Journal

ปีที่ 21 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2563 ISSN 2651-1908

บทบาทพยาบาลในการดูแลภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

* วรวิชา สำราญเนตร ภัทรินทร์ ธรรมดวงศรี ศุภรดา วงศ์จำปา

การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในยุค COVID – 19

* พรรณภา กาวิละ พูลทรัพย์ ลาภเจียม วราภรณ์ บุญยงค์

ความรู้และพฤติกรรมของประชาชนเรื่องการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019

* ธาณี กล่อมใจ จรรยา แก้วใจบุญ ทักษิภา ชัชรรัตน์

ภาวะซึมเศร้า และความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของวัยรุ่น

* อุทัยรัตน์ ชิตมงคล รัตติกร เหมือนนาดอน สุมัธนา แก้วมา วีระพงษ์ เรียบพร

การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากสำหรับเด็กก่อนวัยเรียน

* จุฑารัตน์ ลมอ่อน ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง ทรงสุตา หมั่นไธสง

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุภายหลังการผ่าตัดต่อกระฉก

* เรวดี ศรีสุข เครือวัลย์ อินทจันทร์

การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

* ปรีศนา วะสี วรางคณา ธวัศคำ มยุรฉัตร ด้วงนคร ต้องหทัย ลัลลิตาแพง

ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกของสหสาขาวิชาชีพ

* จุฑาลักษณ์ ป้องเจริญ รสริน วรรณจิรวีไล รุ่งนิภา จ่างทอง คมينا สุวรรณประทีป อุมากร มณีวงศ์

ผลการใช้แอนิเมชันและเพลงสอนนับลูกเดินต่อการบันทึกลูกเดินของสตรีตั้งครรภ์

* จิณวัตร จันครา บุษณีย์ บรรพตะธิ นุชนาฏ ธาตุทอง น้ำฝน มโนราช

การพัฒนาการจัดการเรียนรู้ด้วยการบริการสังคมเพื่อรองรับระบบบริการปฐมภูมิและระบบสุขภาพอำเภอ

* วิจิตร แผ่นทอง อิดารัตน์ ห้วยทราย เมตตา ไชยเชษฐ์ สุนิสา คำชื่น

พฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้รับบริการในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

* เยวาลักษณ์ ธรรมนารักษ์ บุญพิชชา จิตต์ภักดี วิฑิตินันท์ อัครเดชอนันต์

Nursing
Public Health
Education



วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

ปีที่ 21 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2563 ISSN 2651-1908

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิชาการในรูปแบบรายงานวิจัย (Research Article) และบทความปริทัศน์ (Review Article) สาขาการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา

กำหนดการออกวารสาร

ทุกๆ 4 เดือน (ปีละ 3 ฉบับ)

มกราคม – เมษายน

พฤษภาคม – สิงหาคม

กันยายน – ธันวาคม

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

312 หมู่ 11 ต.บ้านต๋อม อ.เมือง จ.พะเยา 56000

โทรศัพท์ 0-5443-1779 โทรสาร 0-5443-1889

ที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ ดร.เวทิน นพนิตย์

ผู้อำนวยการ Professional Associates of Thailand

ดร.ธานี กล่อมใจ

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

บรรณาธิการ

ดร.ทักษิภา ชัชรรัตน์

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

อาจารย์ฐิติพร เรือนกุล

เลขานุการ

อาจารย์จรรยา แก้วใจบุญ

อาจารย์สมศรี ทาทาน

อาจารย์อัมพร ยานะ

นางสาว ชนิตาภา อินต๊ะมุด

นายเอกชัย หมั่นขัติย์

กองบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร. พรณพิไล ศรีอารณ

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

รองศาสตราจารย์ ดร.สุพล นธการกิจกุล

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

รองศาสตราจารย์ ดร.เดชา ทำดี

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมยศ ชิดมงคล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมานจิต ภิรมย์รื่น

มหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น

ดร.วิยะดา รัตนสุวรรณ

มหาวิทยาลัยพะเยา

ดร.ประจวบ แหลมหลัก

มหาวิทยาลัยพะเยา

ดร.สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์

มหาวิทยาลัยเนชั่น

ดร.ฤทัยรัตน์ ชิดมงคล

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุดรธานี

ดร.นุสรา ประเสริฐศรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สรรพสิทธิประสงค์

ดร.สุชาดา อินทรกำแหง ณ.ราชสีมา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุดรดิตถ์

ดร.จุไรรัตน์ ห้าวหาญ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สุรินทร์

ดร.ดาราวรรณ รองเมือง

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

ดร.ธานี กล่อมใจ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

ดร.ดลนภา หงส์ทอง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

ดร.กฤตพัทธ์ ฝึกฝน

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

ดร.ปรคณีย์ สมिति

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

สารบัญ

	หน้า
● บทบาทพยาบาลในการดูแลภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	3
● การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในยุค COVID – 19	14
● ความรู้และพฤติกรรมของประชาชนเรื่องการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019	29
● ภาวะซึมเศร้า และความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของวัยรุ่น	40
● การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากสำหรับเด็กก่อนวัยเรียน	52
● ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุภายหลังการผ่าตัดต่อกระฉก	65
● การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์	77
● ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกของสหสาขาวิชาชีพ	91
● ผลการใช้แอนิเมชันและเพลงสอนนับลูกดีต่อการบันทึกลูกดีของสตรีตั้งครรภ์	106
● การพัฒนาการจัดการเรียนรู้ด้วยการบริการสังคมเพื่อรองรับระบบบริการปฐมภูมิและระบบสุขภาพอำเภอ	118
● พฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้รับบริการในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย	132



การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วย วิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

ปริศนา วะสี

วรารัณดา ธวัชคำ

มยุรฉัตร ดั่งนกร

ต้องหทัย สัสดีแพง

โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

Received : June 10, 2020

Revised : July 23, 2020

Accepted : July 30, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยพัฒนา (Development Research) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม และศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ตั้งแต่วันที่ 1 ก.ค. 2561 ถึง 30 ก.ย. 2562 เปรียบเทียบผลลัพธ์สองกลุ่มด้วยสถิติ Fisher's exact test สถิติ independent t-test และ paired t-test ผลการวิจัยได้รูปแบบการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประกอบด้วย 1) การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลรายบุคคล 2) การใช้เทคนิคการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในการนิเทศทางการพยาบาล (SBAR) 3) การประเมินการรับย้ายผู้ป่วยเข้าและออกในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมโดยใช้ triage score และ 4) แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมโดยใช้ MEWS และ SOFA scores ส่วนการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมมีอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยระหว่างรอย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนัก อัตราการใส่ท่อช่วยหายใจเข้าภายใน 24 ชั่วโมงหลังย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยหนัก อัตราการกลับเข้ามารักษาซ้ำในหอผู้ป่วยหนักภายใน 72 ชั่วโมงไม่แตกต่างกัน ยกเว้นจำนวนวันนอนเฉลี่ยที่ผู้ป่วยรอย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนัก ($M=2.35$, $SD=1.16$, $M=1.04$, $SD=0.43$, $p=0.001$) ร้อยละของพยาบาลที่มีสมรรถนะผ่านเกณฑ์ในการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม (ร้อยละ 85.7, ร้อยละ 97.7, $p<0.001$) การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ (ร้อยละ 82.8, ร้อยละ 94.9, $p<0.001$) และการพยาบาลผู้ป่วยศัลยศาสตร์หัวใจและทรวงอก (ร้อยละ 72.0, ร้อยละ 89.1, $p<0.001$) ตลอดจนคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ($M=80.40$, $SD=3.77$, $M=90.36$, $SD=2.71$, $p<0.001$) ของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ : รูปแบบการบริหารจัดการ ผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม



The Development of the Care Management Model for Critically Ill Surgical Patients in Chiangrai Prachanukroh Hospital

Prisana Wasee
Warangkham Dhuvaakham
Mayurachat Duangnakhon
Tonghathai Sadsadeephang
Chiangrai Prachanukroh Hospital

Abstract

This development research aimed to develop the care management model for critically ill surgical patients and to test the effectiveness of the care management model for critically ill surgical patients in Chiangrai Prachanukroh Hospital. The study was done in critically ill surgical patients who admitted in Chiangrai Prachanukroh Hospital since 1 July 2018 to 30 September 2019. The study outcomes of the two groups (before and after) were compared by using the Fisher's exact test, independent t-test, and paired t-test statistics. The results revealed that the care management model for critically ill surgical patients consisted of 1) developing individual nursing competencies, 2) using effective communication technique in nursing supervision (SBAR), 3) assessing the patients moving in-out to the intensive care units by triage score, and 4) surgery critical care guidelines by using MEWS and SOFA score. Evaluation of the effectiveness of the care management model found that the two groups of patients had mortality rate while waiting to transfer into the intensive care unit, re-intubation rate within 24 hours after transferring out of the intensive care unit and re-admit rate within 72 hours were not different. The average length of stays to transfer to intensive care unit was significantly different ($M=2.35$, $SD=1.16$, $M=1.04$, $SD=0.43$, $p=0.001$). The percentage of nurses who had competencies in nursing care of critically ill surgical patients (85.7%, 97.7%, $p<0.001$), nursing care of injured patients (82.8%, 94.9%, $p<0.001$) and nursing care of cardiothoracic surgery patients (72.0%, 89.1%, $p<0.001$). As well as satisfaction scores, the study reported that the registered nurses had higher satisfaction scores after implementation the care management model for caring the critically ill surgical patients ($M=80.40$, $SD=3.77$, $M=90.36$, $SD=2.71$, $p=<0.001$).

Keywords : care management model, critically ill surgical patients



บทนำ

ผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน และต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยหนักจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตได้สูง ดังนั้นการเข้าถึงการดูแลที่ได้มาตรฐานจึงมีผลต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก (Gooch & Kahn, 2014) โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เป็นโรงพยาบาลศูนย์จำนวน 758 เตียง ให้การดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมในเขตอำเภอเมือง และเครือข่ายจำนวน 21 โรงพยาบาล มีจำนวนหอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรม 6 หอผู้ป่วย รวม 205 เตียง และหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม 4 หอผู้ป่วย รวม 30 เตียง จากรายงานของศูนย์ข้อมูลปี 2561 พบว่ามีผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจเฉลี่ย 43.6 รายต่อวัน ทำให้มีผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมบางส่วนไม่สามารถเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมได้ โดยพบผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจที่ต้องดูแลในหอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรมเฉลี่ย 12.4 รายต่อวัน (ศูนย์ข้อมูล, 2561)

จากข้อจำกัดด้านทรัพยากรโดยเฉพาะจำนวนเตียงในหอผู้ป่วยหนัก ทำให้เกิดสถานการณ์ที่ไม่สามารถให้การดูแลที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยวิกฤตทุกคนได้ (Strained ICU Capacity) เมื่อจำนวนเตียงในหอผู้ป่วยหนักไม่เพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยวิกฤตบางส่วนจำเป็นต้องได้รับการดูแลที่หอผู้ป่วยสามัญ ผู้ป่วยจึงมีโอกาสเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และมีโอกาสเสียชีวิตมากขึ้นได้ (Gooch & Kahn, 2014) จากสถิติปี 2561 พบผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมเสียชีวิตที่หอผู้ป่วยสามัญระหว่างรอย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนักเฉลี่ย 3.2 รายต่อวัน จำนวนวันนอนเฉลี่ยที่รอย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนัก 3.2 วัน (ศูนย์ข้อมูล, 2561) และถึงแม้ผู้ป่วยจะได้เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักก็อาจจะมีโอกาสที่ผลลัพธ์การรักษาไม่ดี จากการที่แพทย์ต้องปรับแนวทางการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้มีการหมุนเวียนเตียงเร็วขึ้น มีการย้ายผู้ป่วยที่ยังไม่พร้อมออกจากหอผู้ป่วยหนักเร็วขึ้น จึงมีโอกาสทำให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในหอผู้ป่วยหนักภายใน 72 ชั่วโมงเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย (Gooch & Kahn, 2014) จากสถิติปี 2561 พบผู้ป่วย

ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำภายใน 24 ชั่วโมงหลังย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักร้อยละ 1.8 และมีการกลับเข้ามารักษาซ้ำในหอผู้ป่วยหนักภายใน 72 ชั่วโมงร้อยละ 1.4 จากสาเหตุการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยหนักก่อนเวลาที่กำหนดเพราะต้องการเตียงสำหรับดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน และมีอาการรุนแรงมากกว่า (กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก, 2561)

แนวปฏิบัติการรับผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เมื่อผู้ป่วยมีอาการแย่งต้องการย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนัก หอผู้ป่วยสามัญจะประสานลงคิวจองที่หอผู้ป่วยหนักเพื่อรอย้ายผู้ป่วยเมื่อหอผู้ป่วยหนักมีเตียงว่างจะใช้วิธีการรับย้ายผู้ป่วยเข้าตามลำดับคิวการจอง ทำให้การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ต้องการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักไม่ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่รวดเร็ว ทันเวลา และถูกต้องเหมาะสม จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่าการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้ารับการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักอย่างรวดเร็ว ช่วยให้ผู้ป่วยวิกฤตมีอัตราการตายต่ำกว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักล่าช้า และถ้ามีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยวิกฤตช้ามากกว่า 4 ชั่วโมง อัตราการตายจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 41 รวมทั้งระยะเวลานอนในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นจาก 9 วัน เป็น 14 วัน (Young, Good, McBride, James & Fisher 2003) นอกจากนี้พบว่าในต่างประเทศเริ่มมีการใช้คะแนนการคัดแยก (triage score) มาประเมินความรุนแรงของโรคเพื่อพิจารณาผู้ป่วยในการย้ายเข้า-ออกหอผู้ป่วยหนัก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสม ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาตามระดับความรุนแรง ทำให้โอกาสรอดชีวิตสูง (Hitchcock, Gillespie, Crilly & Chaboyer, 2014) สำหรับในประเทศไทยก็มีรูปแบบการใช้ Triage score เพื่อจัดลำดับการรับย้ายผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วยหนัก และการพิจารณาย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยหนักเช่นกันแต่อาจจะยังไม่แพร่หลาย (ธนศ ฉัตรมงคลวัฒน์, ม.ป.ป.)

การดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่มีความเสี่ยงสูงหรือผู้ป่วยที่มีการทำงานของอวัยวะล้มเหลวจำเป็นต้องมีระบบการให้ความรุนแรงของโรค โดยทั่วไปมักจะเป็นระบบการให้คะแนนที่เรียกว่า “General Severity of



Illness Scoring system” เนื่องจากเป็นวิธีที่ง่าย เป็นตัวแปรที่มีการวัดในงานประจำ มีความน่าเชื่อถือ มีมาตรวัดที่ชัดเจนไม่ต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญ มีการเปลี่ยนแปลงที่เร็วพอที่จะสามารถตรวจพบทางคลินิกเมื่อมีความผิดปกติได้ ปัจจุบันระบบการให้คะแนนที่นิยมใช้ เช่น Early Warning Score (EWS), Modified Early Warning Score (MEWS), National Early Warning Score (NEWS) และ Sequential Organ Failure Assessment Scores (SOFA scores) เป็นต้น (กรีกดี จิตตวัฒน์รัตน์, 2560) โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ มีการใช้ MEWS ประเมินอาการผู้ป่วยทุกเวร เพื่อประกอบการตัดสินใจให้การรักษาตามระดับความรุนแรงของโรค แต่จากการสุ่มทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมปี 2561 ของหอผู้ป่วยใน และหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม หน่วยงานละ 10 ฉบับ รวม 100 ฉบับ พบว่าโรงพยาบาลมีการประเมิน MEWS ได้ถูกต้องร้อยละ 88 การตัดสินใจทางการพยาบาลถูกต้องเพียงร้อยละ 68 เมื่อวิเคราะห์หาสาเหตุพบว่าการประเมินอาการไม่ถูกต้อง รวมคะแนนไม่ถูกต้อง และการประเมินอวัยวะล้มเหลวเนื่องจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดยังประเมินได้ไม่ครอบคลุม

การดูแลผู้ป่วยวิกฤตในอดีตมักจะสนใจเฉพาะอัตราการเสียชีวิต และการรอดชีพออกจากหอผู้ป่วยหนักเท่านั้น แต่มุมมองด้านการดูแลในปัจจุบันจะเน้นในเรื่องความต่อเนื่องของการรักษา (continuity care) ขอบเขตความสนใจจึงขยายไปยังระยะก่อน และหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักด้วย (Gooch & Kahn, 2014) ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดดังกล่าวมาใช้ในการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ให้ครอบคลุมทั้งระยะก่อน และหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ร่วมกับการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงการดูแลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมมากที่สุด

เกิดผลลัพธ์การดูแลที่มีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะไม่พึงประสงค์ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม

ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยพัฒนา (Development Research) โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม

การศึกษาศาภาพการณ์การบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม

1. ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ได้แก่ สมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม การนิเทศทางการพยาบาล การจัดลำดับการย้ายผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม เข้า-ออกหอผู้ป่วยหนัก การประเมินอาการผู้ป่วยวิกฤต และการพยาบาลตามระดับความรุนแรงของโรค

2. ศึกษาสภาพการณ์การบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โดยทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมในผู้ป่วยที่มีคะแนนการประเมิน MEWS มากกว่าหรือเท่ากับ 3 คะแนนขึ้นไปตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2561 ถึง 31 ธันวาคม 2561 จำนวน 52 ราย

3. ศึกษาผลกระทบจากการบริหารจัดการแบบเดิมต่อคุณภาพการพยาบาล โดยประชุมระดมสมองหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลศัลยกรรม 1 ราย หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก 1 ราย หัวหน้าหอผู้ป่วยในศัลยกรรม 6 ราย หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม 4 ราย



4. กำหนดประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ประกอบด้วยอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยระหว่างรอย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนัก อัตราการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำภายใน 24 ชั่วโมงหลังย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยหนัก อัตราการกลับเข้ามารักษาซ้ำในหอผู้ป่วยหนักภายใน 72 ชั่วโมง และจำนวนวันนอนเฉลี่ยที่ผู้ป่วยรอย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนัก

ตอนที่ 2

1. นำข้อมูลจากตอนที่ 1 ประกอบด้วย ข้อมูลสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม การนิเทศทางการพยาบาล การจัดลำดับการย้ายผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมเข้า-ออกหอผู้ป่วยหนัก การประเมินอาการผู้ป่วยวิกฤตและการพยาบาลตามระดับความรุนแรงของโรคจากมาสร้างกรอบการพัฒนามา พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม มาจัดทำร่างรูปแบบการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม

2. นำรูปแบบการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่พัฒนาขึ้น ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item-objective congruence: IOC) เท่ากับ 0.67-1.00

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินประสิทธิผล และปรับปรุงรูปแบบการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม

ตอนที่ 1 การทดลองใช้รูปแบบการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม

นำรูปแบบการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมไปทดลองใช้กับผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จำนวน 5 ราย เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ และนำข้อบกพร่องมาปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสม

ตอนที่ 2 ประเมินประสิทธิผล และปรับปรุงรูปแบบ

- นำรูปแบบการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมไปใช้ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย

หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง หอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ หอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ หอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรม หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมได้แก่ หอผู้ป่วยหนักอุบัติเหตุ (ICU Trauma) หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมระบบประสาท (ICU Neuro) และหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก (ICU Cardiovascular Thoracic Surgery) รวมทั้งสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 175 รายต่อการดำเนินกิจกรรมการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม

- ประเมินประสิทธิผลการนำรูปแบบการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมไปใช้จากอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยระหว่างรอย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนัก อัตราการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำภายใน 24 ชั่วโมงหลังย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยหนัก อัตราการกลับเข้ามารักษาซ้ำในหอผู้ป่วยหนักภายใน 72 ชั่วโมง จำนวนวันนอนเฉลี่ยที่ผู้ป่วยรอย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนัก

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย เพศ อายุ โรคประจำตัวที่พบ และภาวะแทรกซ้อน

2. แบบบันทึกผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ได้แก่ 1) การเสียชีวิตของผู้ป่วยระหว่างรอย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนัก 2) จำนวนวันนอนที่ผู้ป่วยรอย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนัก 3) การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำภายใน 24 ชั่วโมงหลังย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยหนัก และ 4) การกลับเข้ามารักษาซ้ำในหอผู้ป่วยหนักภายใน 72 ชั่วโมง

3. แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ของมยุรฉัตร ด่วงนคร (2558) ได้แก่ สมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม จำนวน 16 ข้อ สมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ จำนวน 14 ข้อ และสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก จำนวน 15 ข้อ ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับพยาบาลหอผู้ป่วยหนักไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จำนวน 20 ราย ทดสอบหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.82



4. แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ผู้วิจัยสร้างเองเป็นแบบสอบถามแบบ Likert scale มี 5 ข้อๆละ 5 ระดับให้คะแนน 1-5 ผลคะแนนเท่ากับ 5 ถึง 25 นำไปนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item-objective congruence: IOC) เท่ากับ 1.00

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาด้านจริยธรรมในการศึกษาวิจัยทางชีวเวชศาสตร์ของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เลขที่ ชร 0032.102/วิจัย/EC 111

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ลักษณะทั่วไป ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความแตกต่างของอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมระหว่างรอย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนัก จำนวนวันนอนเฉลี่ยที่ผู้ป่วยรอย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนัก อัตราการใส่ท่อช่วยหายใจเข้าภายใน 24 ชั่วโมงหลังย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยหนัก อัตราการกลับเข้ามารักษาซ้ำในหอผู้ป่วยหนักภายใน 72 ชั่วโมง ร้อยละของพยาบาลที่มีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมผ่านเกณฑ์ ด้วยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มในตัวแปรตามที่มีระดับการวัดแบบแจกแจงนับด้วยสถิติ Fisher's exact test เนื่องจากมีจำนวนของขนาดกลุ่มตัวอย่างในเซลล์น้อยกว่า 5 และค่าความคาดหวัง (Expected value) น้อยกว่าร้อยละ 20 สำหรับตัวแปรตามที่มีการวัดต่อเนื่อง (continuous data) จากการตรวจดูการแจกแจงด้วย histogram graph พบว่ากราฟเป็นรูประฆังคว่ำ และไม่มี outlier ค่า p-value = 0.190 จึงใช้สถิติ Independent t-test

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมด้วยสถิติ paired t-test

ผลการวิจัย

1. ได้รูปแบบการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ที่ประกอบด้วย 4 แนวทางการบริหารจัดการ ดังนี้

1.1 การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลรายบุคคลเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ดังนี้

1.1.1 กำหนดสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม 16 ประการ ได้แก่

1) การดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมโดยใช้กระบวนการพยาบาลได้อย่างถูกต้องครบถ้วนทุกขั้นตอน

2) การให้การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่มีความผิดปกติของระบบต่างๆ ในร่างกายได้

3) การให้ออกซิเจนผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4) การเตรียมความพร้อมและดูแลขณะทำการหยาเครื่องช่วยหายใจ รวมทั้งดำเนินการถอดท่อช่วยหายใจสำหรับผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5) การเตรียมอุปกรณ์เวชภัณฑ์ในการช่วยแพทย์ทำหัตถการเพื่อการตรวจวินิจฉัยและรักษาในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมได้

6) การให้การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมก่อน และหลังทำหัตถการได้

7) การเตรียมผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม เพื่อการตรวจพิเศษต่างๆได้

8) การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา และบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงได้อย่างปลอดภัย



9) การใช้ ดูแล และแก้ไขความผิดปกติเบื้องต้นของอุปกรณ์การแพทย์ต่างๆ ที่ใช้ในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมได้

10) การแปลความหมายของ Waveforms และสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงรูปแบบของ Waveform ของเครื่อง Monitor ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาและวิเคราะห์ สืบสวนโรคได้

11) การเตรียมความพร้อมและให้การดูแลทางด้านร่างกาย จิตใจในระยะก่อนและหลังผ่าตัดผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมได้

12) การให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่ใส่ท่อระบายต่างๆ ได้

13) การให้การพยาบาลป้องกัน และเฝ้าระวังการติดเชื้อในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมได้

14) การให้การพยาบาลป้องกัน และเฝ้าระวังการติดเชื้อในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมได้

15) การให้การพยาบาลป้องกัน และเฝ้าระวังความไม่สมดุลของสารน้ำ และอิเล็กโทรไลต์ในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมได้

16) การจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมได้

1.1.2 กำหนดสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ 14 ประการ ได้แก่

1) การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ โดยใช้กระบวนการพยาบาลได้อย่างถูกต้องครบถ้วนทุกขั้นตอน

2) การให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ไฟฟ้าช็อต และไฟฟ้าดูดได้

3) การให้การพยาบาลป้องกัน และเฝ้าระวังผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองได้

4) การให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีการใส่ท่อเพื่อระบายน้ำเลี้ยงสมองและไขสันหลัง (cerebrospinal fluid: CSF) ได้

5) การให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่กระดูกสันหลังและไขสันหลัง รวมไปถึงการตรึงกระดูกให้อยู่นิ่งได้

6) การให้การพยาบาลรวมถึงป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่ได้

7) การประเมินผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บโดยใช้แบบประเมินต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้อย่างถูกต้อง

8) การประเมินความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อจากการได้รับบาดเจ็บ และสามารถให้การพยาบาลอย่างเหมาะสมเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนได้

9) การให้การพยาบาลผู้ป่วยก่อน และหลังทำหัตถการ รวมทั้งป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการได้

10) การเตรียมผู้ป่วยเพื่อตรวจพิเศษต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้

11) การให้คำแนะนำอธิบายขั้นตอนการผ่าตัด และดูแลด้านร่างกายจิตใจระยะก่อนและหลังการผ่าตัด แก่ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บได้

12) การเตรียมอุปกรณ์เวชภัณฑ์ในการช่วยแพทย์ทำหัตถการเพื่อการตรวจวินิจฉัยและรักษาในผู้ป่วยวิกฤตได้

13) การใช้ ดูแล และแก้ไขความผิดปกติเบื้องต้นของเครื่อง monitor ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาและวิเคราะห์ สืบสวนโรคได้

14) การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา และบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงได้อย่างปลอดภัย

1.1.3 กำหนดสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยศัลยศาสตร์หัวใจและทรวงอก 15 ประการ

1) การดูแลผู้ป่วยศัลยศาสตร์หัวใจและทรวงอก โดยใช้กระบวนการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วนทุกขั้นตอน



2) การตรวจสอบวิเคราะห์
จำแนกความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจในผู้ป่วย
ศัลยศาสตร์หัวใจและทรวงอกได้

3) การจำแนกเสียงหัวใจที่
ผิดปกติได้

4) การวิเคราะห์ค่าก๊าซใน
หลอดเลือดแดงและส่งต่อข้อมูลให้กับสมาชิกอื่นๆ ใน
ทีมสหสาขาวิชาชีพได้

5) การให้การพยาบาล
ผู้ป่วยวิกฤตศัลยศาสตร์หัวใจและทรวงอกที่มีอาการเจ็บ
หน้าอกที่เกี่ยวข้องกับหัวใจได้

6) การเตรียมอุปกรณ์
เวชภัณฑ์ในการช่วยแพทย์ทำหัตถการเพื่อการตรวจ
วินิจฉัยและรักษาในผู้ป่วยวิกฤต

7) การเตรียมอุปกรณ์
เครื่องมือ การต่อเครื่องมือต่างๆ และดูแลการทำงานของ
เครื่องมือสำหรับผู้ป่วยศัลยศาสตร์หัวใจและทรวงอก
หลังผ่าตัดได้

8) การใช้ ดูแล และแก้ไข
ความผิดปกติเบื้องต้นของอุปกรณ์การแพทย์ต่างๆ ที่ใช้
ในผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอกได้

9) การเตรียมผู้ป่วย และ
อุปกรณ์ ในการบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจได้

10) การให้การพยาบาล
ผู้ป่วยก่อน และหลังทำหัตถการ รวมทั้งป้องกันภาวะ
แทรกซ้อนจากการทำหัตถการที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย
ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอกได้

11) การแปลความหมายของ
Waveforms และสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงรูปแบบ
ของ Waveform ของเครื่อง Monitor ต่างๆ ที่
เกี่ยวข้องกับการรักษาและวิเคราะห์สับสนโรคได้

12) การเตรียมความพร้อม
ผู้ป่วยศัลยศาสตร์หัวใจและทรวงอก ก่อนและหลัง
ผ่าตัด Coronary Artery Bypass Grafting (CABG)
และการเปลี่ยนลิ้นหัวใจ (Valve Replacement) ทั้ง
ด้านร่างกายและจิตใจได้

13) การเตรียมเลือดและ
ส่วนประกอบของเลือด เตรียมอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับ
ผ่าตัด เตรียมผลการตรวจต่างๆ ไปยินยอมรับการ
รักษา/การผ่าตัด ของผู้ป่วยศัลยศาสตร์หัวใจและทรวงอก
ที่เข้ารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และ
การเปลี่ยนลิ้นหัวใจได้

14) การดูแลผู้ป่วยที่มี
บาดแผลบริเวณหน้าอก และแผลละหลอดเลือด
รวมทั้งจัดการความเจ็บปวดได้

15) การป้องกันความ
คลาดเคลื่อนทางยา และบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงได้
อย่างปลอดภัย

1.1.4 ประเมินสมรรถนะ
พยาบาลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมเป็นรายบุคคลโดย
หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้ประเมิน ตามระดับสมรรถนะ
พยาบาลวิชาชีพ 5 ระดับได้แก่ 1) ผู้เริ่มต้น (Novice)
เป็นพยาบาลที่จบการศึกษาใหม่ เริ่มปฏิบัติงานใน
วิชาชีพ 1- 2 ปี 2) ผู้เรียนรู้ (Advance beginner) เป็น
ผู้มีความสามารถในการปฏิบัติงานทางการพยาบาล 3 -
4 ปี และปฏิบัติงานในสถานที่เดิมติดต่อกัน 2 - 3 ปี 3)
ผู้มีความสามารถ (Competent) เป็นพยาบาลที่มี
ประสบการณ์การปฏิบัติงานทางการพยาบาล 5 - 7 ปี
และปฏิบัติงานในสถานที่เดิมติดต่อกัน 3- 4 ปี 4) ผู้
ชำนาญ (Proficient) เป็นพยาบาลผู้ที่มีประสบการณ์
การปฏิบัติงานทางการพยาบาลติดต่อกัน 8- 10 ปี
สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะวิกฤตได้ และ 5)
ผู้เชี่ยวชาญ (Expert) เป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ใน
การปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปีขึ้นไป

1.1.5 จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ
เพื่อเพิ่มพูนความรู้ด้านวิชาการและพัฒนาทักษะทางการ
พยาบาลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม แก่พยาบาลที่ไม่ผ่าน
การประเมินสมรรถนะ โดย หัวหน้าพยาบาล หัวหน้า
หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ
ด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม และแพทย์
ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรม ประกอบด้วยการเพิ่มพูน
ความรู้ทางทฤษฎี จำนวน 21 ชั่วโมง ที่มีเนื้อหา
ประกอบด้วย สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านการ



พยาบาลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ปัญหาที่พบบ่อยและการจัดการทางการพยาบาลในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทั่วไป ผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ และผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก การสื่อสารทางการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม การประเมินและการใช้เครื่องมือในการประเมินทางการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม และการฝึกปฏิบัติกับพี่เลี้ยงซึ่งเป็นหัวหน้าและรองหัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม เป็นระยะเวลา 70 ชั่วโมง โดยมีการมอบหมายให้พยาบาลผู้เข้าอบรมได้ทำหน้าที่ในการใช้เครื่องมือต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการประเมินสภาพผู้ป่วย เพื่อการวางแผนให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทั้ง 3 ประเภท การสื่อสารทางการพยาบาลด้วยระบบ SBAR และการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม

1.1.6 นิเทศการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่ผ่านการอบรมฟื้นฟูความรู้อย่างต่อเนื่อง และประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม และให้ข้อมูลย้อนกลับแก่พยาบาลวิชาชีพผู้ถูกประเมินทุกครั้งหลังการประเมิน เพื่อให้ผู้ถูกประเมินทราบข้อบกพร่องของตนเอง และหาแนวทางการพัฒนาร่วมกันเพื่อการบรรลุสมรรถนะของการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมตามเป้าหมายขององค์กร

1.2 การใช้เทคนิคการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในการนิเทศทางการพยาบาล (SBAR) ดังนี้

1.2.1 การจัดทำตารางการนิเทศการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม

1.2.2 การจัดทำแบบบันทึกการนิเทศด้านบริหาร

1.2.3 การจัดทำแบบบันทึกการนิเทศทางคลินิกโดยใช้เทคนิคการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (SBAR) แยกตามบทบาทหน้าที่ของการนิเทศ ดังนี้ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลมีเป้าหมายในการนิเทศ คือ policy manager และ clinical manager กระบวนการนิเทศมุ่งเน้นการอำนวยความสะดวกให้กับดูแลระบบสำคัญทั้งหมดของการดูแลผู้ป่วยวิกฤต

ศัลยกรรม ตลอดจนประสาน ส่งเสริม พัฒนาทางคลินิกทั้งกระบวนการ และผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมในกลุ่มหอผู้ป่วยที่รับผิดชอบ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตัวชี้วัดทางบริหาร และคลินิกดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่วนหัวหน้าหอผู้ป่วยมีเป้าหมายในการนิเทศคือ Clinical care กระบวนการนิเทศมุ่งเน้นการกำกับติดตามการดูแลผู้ป่วยตาม care process ตลอดจนปรับปรุง และพัฒนาผลลัพธ์ทางคลินิกให้ดีขึ้น เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตัวชี้วัดทางคลินิกดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

1.3 การประเมินการรับย้ายผู้ป่วยเข้าและออกในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมโดยใช้ triage score โดยให้คะแนน 6 รายการได้แก่ การใส่ท่อช่วยหายใจ มีโอกาสทางเดินหายใจอุดกั้น ระบบทางเดินหายใจล้มเหลว ไม่ตอบสนองต่อการกู้ชีพ ไม่สามารถห้ามเลือดได้/เลือดไหลไม่หยุด และจำเป็นต้องใช้เลือดหรือส่วนประกอบของเลือดปริมาณมาก แบ่งผู้ป่วยออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต ระดับสัญญาณชีพไม่คงที่ ต้องการการเฝ้าระวังและตรวจติดตามอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยหนัก ระดับที่ 2 ผู้ป่วยที่ต้องการการเฝ้าระวัง และตรวจติดตามอย่างใกล้ชิด ระดับที่ 3 ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตระดับสัญญาณชีพไม่คงที่ ต้องการการเฝ้าระวังแต่โอกาสการหายจากโรคหรืออาการจะดีขึ้นยาก ระดับที่ 4 ผู้ป่วยที่อาการคงที่โดยทั่วไปไม่จำเป็นต้องนอนในหอผู้ป่วยหนัก แต่อาจมีเหตุจำเป็นต้องนอนในหอผู้ป่วยหนักด้วยเหตุผลบางประการจากแพทย์ผู้ดูแล

1.4 แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมโดยใช้ MEWS และ SOFA scores ในการประเมินความรุนแรงของผู้ป่วยทุกแคว่ MEWS ใช้เป็นเครื่องมือสื่อสาร และการส่งต่อผู้ป่วยที่มีแนวโน้มของโรคเข้าสู่ภาวะวิกฤต เพื่อให้พยาบาลสามารถวางแผนให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย ทันทีทั้งที่ ส่วน SOFA score ใช้ในการเฝ้าติดตามกำกับอาการผู้ป่วยให้สามารถค้นพบผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีการติดเชื้อในกระแสเลือดได้ตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น เพื่อให้มีการดำเนินการตามแนวทางการรักษาที่สำคัญอย่างครบถ้วน ด้วยการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้มีการ



รักษาการติดเชื้อ และการฟื้นฟูระบบไหลเวียนได้อย่างรวดเร็ว ทันเวลา

2. ประสิทธิภาพของรูปแบบการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาล เชียงรายประชานุเคราะห์ นำเสนอด้วยตาราง ดังนี้

ตาราง 1 เปรียบเทียบร้อยละของพยาบาลที่มีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมผ่านเกณฑ์ด้วยสถิติ Fisher's exact test

สมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม	ก่อนใช้รูปแบบ (N = 175)		หลังใช้รูปแบบ (N = 175)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
สมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม	150	85.7	171	97.7	<0.001
สมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ	145	82.8	166	94.9	<0.001
สมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก	126	72.0	156	89.1	<0.001

จากตาราง 1 พบว่าพยาบาลทั้งสองกลุ่มมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมผ่านเกณฑ์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยหลังใช้รูปแบบการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม มีพยาบาลที่มีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตผ่านเกณฑ์มากขึ้น

ตาราง 2 เปรียบเทียบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยระหว่างรอย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนัก อัตราการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำภายใน 24 ชั่วโมงหลังย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยหนัก อัตราการกลับเข้ามารักษาซ้ำในหอผู้ป่วยหนักภายใน 72 ชั่วโมงของผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม และจำนวนวันนอนเฉลี่ยที่ผู้ป่วยรอย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนัก วิเคราะห์ด้วยสถิติ Fisher's exact test และวิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent t-test

รายการ	ก่อนใช้รูปแบบ (n = 52)		หลังใช้รูปแบบ (n = 52)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยระหว่างรอย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนัก ^a	3	5.8	1	1.9	0.618
อัตราการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำภายใน 24 ชั่วโมงหลังย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยหนัก ^a	1	2.0	0	0	0.490
อัตราการกลับเข้ามารักษาซ้ำในหอผู้ป่วยหนักภายใน 72 ชั่วโมง ^a	1	2.0	1	2.0	1.000
จำนวนวันนอนเฉลี่ยที่ผู้ป่วยรอย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนัก (วัน) ^b (Mean, SD)	(M=2.35, SD=1.16)		(M=1.04, SD=0.43)		0.001

a หมายถึง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Fisher's exact test

b หมายถึง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent t-test



จากตาราง 2 พบว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยระหว่างรอย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนัก อัตราการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำภายใน 24 ชั่วโมงหลังย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยหนัก อัตราการกลับเข้ามารักษาซ้ำในหอผู้ป่วยหนัก ภายใน 72 ชั่วโมงของผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ส่วนจำนวนวันนอนเฉลี่ยที่ผู้ป่วยรอย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนักแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมด้วยสถิติ paired t-test

ความพึงพอใจของพยาบาล	ก่อนใช้รูปแบบ		หลังใช้รูปแบบ		t	diff	p-value
	(N = 175)		(N = 175)				
	mean	SD	mean	SD			
คะแนนความพึงพอใจของ พยาบาล	80.40	3.77	90.36	2.71	-28.38	-9.96	<0.001

จากตาราง 3 พบว่าคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยหลังใช้รูปแบบการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม คะแนนความพึงพอใจของพยาบาลเพิ่มมากขึ้น

อภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามลำดับ ดังนี้

1. ร้อยละของพยาบาลที่มีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมผ่านเกณฑ์ของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ในด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม (ร้อยละ 85.7, ร้อยละ 97.7) การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ (ร้อยละ 82.8, ร้อยละ 94.9) และการพยาบาลผู้ป่วยศัลยศาสตร์หัวใจและทรวงอก (ร้อยละ 72, ร้อยละ 89.1) ทั้งนี้เนื่องจากการพัฒนาแบบประเมินตามระดับของพยาบาล 5 ระดับได้แก่ ระดับผู้เริ่มต้น (Novice) ระดับผู้เรียนรู้ (Advance Beginner) ระดับผู้มีความสามารถ (Competent) ระดับผู้ชำนาญ (Proficient) และระดับผู้เชี่ยวชาญ (Expert) (Benner, 1984) โดยแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นนั้นผู้ปฏิบัติสามารถประเมินตนเอง และทราบได้ทันทีว่าในแต่ละสมรรถนะตนเองอยู่ในระดับไหน หากต้องการพัฒนาตนเองให้อยู่ในระดับที่เพิ่มสูงขึ้นไปควรปฏิบัติอย่างไรนอกจากนี้ยังช่วยเป็นแนวทางให้หัวหน้างานสามารถพัฒนาสมรรถนะบุคลากรพยาบาลเป็นรายบุคคลได้

2. การเสียชีวิตของผู้ป่วยระหว่างรอย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนักของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p = 0.618$) แต่ก็มีแนวโน้มลดลง (ร้อยละ 5.8, ร้อยละ 1.9) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมมีการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลโดยผ่านกระบวนการนิเทศของหัวหน้างานร่วมกับใช้แบบประเมินอาการผู้ป่วยด้วย MEWS ร่วมกับการใช้ SOFA ทำให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง สามารถให้การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองต่ออาการเปลี่ยนแปลงนั้นอย่างรวดเร็ว ตลอดจนมีการใช้ Triage score ในการคัดแยกผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาหอผู้ป่วยหนัก สามารถช่วยให้ผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤตได้อย่างปลอดภัย ลดอัตราการเสียชีวิตลง

3. การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำภายใน 24 ชั่วโมงหลังย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยหนักของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p = 0.490$) (ร้อยละ 2, ร้อยละ 0) (ตารางที่ 2) ทั้งนี้เนื่องจากก่อนย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยหนักจะมีการประเมินอาการผู้ป่วยด้วย MEWS ร่วมกับ SOFA ทุกราย โดยหลังจากที่ผู้ป่วยถอดท่อช่วย



หายใจ พยาบาลจะให้การเฝ้าระวังผู้ป่วยต่อภายหลัง ถอดท่อช่วยหายใจเป็นเวลาอย่างน้อย 2 ชั่วโมงขึ้นไป หากผู้ป่วยไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน หรือมี ภาวะแทรกซ้อนจากการถอดท่อช่วยหายใจจึงจะย้าย ผู้ป่วยไปที่หอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรม ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Paterson, MacLeod, Thetford, Beattie, Graham, Lam & et al (2006) ที่ใช้ระบบสัญญาณเตือน Standardized Early Warning Scoring System: SEWS พบว่า มีความสัมพันธ์กับอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยยังขึ้นอยู่กับความรวดเร็วในการรักษา และการตอบสนองต่อ อาการที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วของผู้ป่วย การใช้ ระบบสัญญาณเตือนจึงทำให้พยาบาลสามารถรับรู้ ลักษณะอาการที่เป็นอันตราย มีการเฝ้าระวัง และให้ความช่วยเหลือ ระบบสัญญาณเตือนจึงเป็นเครื่องมือ ดักจับภาวะหรืออาการก่อนเกิดอาการทรุดลงรุนแรงได้

4. การกลับเข้ามารักษาซ้ำในหอผู้ป่วยหนัก ภายใน 72 ชั่วโมงของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันทาง สถิติ ($p=1.000$) (ร้อยละ 2 เท่ากัน) (ตารางที่ 2) อธิบายได้ว่าเกิดจากโรคและพยาธิสภาพโรคที่แยจากตัว โรคเอง ตลอดจนความซับซ้อนของโรค เมื่อทำการ ประเมินด้วย MEWS ร่วมกับ SOFA แล้วพบว่าให้ผลที่ ไม่ต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของตุลา วงศ์ปาลี, พุทธิชาติ สมณา และจิตราวดี จิตจันทร์ (2556) ที่ ศึกษาผลของการใช้ MEWS ในการดูแลต่อเนื่องของหอ ผู้ป่วยกึ่งวิกฤต และหอผู้ป่วยหนักงานการพยาบาล ผู้ป่วยอายุรศาสตร์ โดยพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มี MEWS score ใน 24 ชั่วโมง ≥ 4 มีการกลับเข้ามารักษาซ้ำในหอ ผู้ป่วยหนักภายใน 24 ชั่วโมงมากกว่ากลุ่มที่มีคะแนน MEWS < 4 อย่างมีนัยสำคัญ ในการศึกษาที่พบผู้ป่วยที่ ต้องกลับเข้ามารักษาในหอผู้ป่วยหนักซ้ำ เนื่องจาก ผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของโรครุนแรง เสียบพลันจึงมีผลต่อการกลับมารักษาในหอผู้ป่วยหนัก ภายใน 72 ชั่วโมงได้

5. จำนวนวันนอนที่ผู้ป่วยรอย้ายเข้าหอ ผู้ป่วยหนักของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p=0.001$) ($M=10.4$, $SD=0.93$; $M=2.35$,

$SD=2.19$) (ตารางที่ 2) ทั้งนี้เนื่องจากการนำ Triage Score มาใช้ในการคัดแยกผู้ป่วยเข้า-ออกหอ ผู้ป่วยหนักตามระดับความรุนแรง จึงเป็นการนำผู้ป่วย ไปส่งยังสถานที่ที่เหมาะสม ในเวลาที่เหมาะสม (Deliver the Right Patient to the Right Place at the Right Time) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ เหมาะสม ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาตามระดับความ รุนแรงทำให้โอกาสรอดชีวิตสูง (Hitchcock, Gillespie, Crilly, & Chaboyer, 2014) สอดคล้องกับการศึกษา ของ Young, McBride, James, Fisher & Gooder (2003) ที่พบว่าหากมีการเคลื่อนย้ายช้ามากกว่า 4 ชั่วโมง อัตราการเสียชีวิตจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 41 และ ระยะเวลานอนโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้นจาก 9 วัน เป็น 14 วัน ดังนั้นระยะเวลาในการรอย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนัก จึงมีผลต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย

6. คะแนนความพึงพอใจของพยาบาลต่อ รูปแบบการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วย วิกฤตศัลยกรรมของ ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($M=80.40$, $SD=3.77$, $M=90.36$, $SD=2.71$, $p=<0.001$) (ตารางที่ 3) เนื่องจากเทคนิค เอสบาร์ (SBAR) เป็นเครื่องมือการสื่อสารมาตรฐาน เพราะเป็นเทคนิคการสื่อสารที่รวดเร็วและง่ายต่อการ จำ โดย S= Situation หมายถึง การระบุสถานการณ์ที่ อธิบายสถานะของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจนและกระชับ B=Background เป็น ข้อมูล ภูมิ ห ลั ง กั ย ะ กั ย ะ สถานการณ์ที่ทำให้ต้องรายงาน A= Assessment หรือ การประเมินสถานการณ์ของพยาบาล และ R=Recommendation ข้อเสนอแนะหรือความต้องการ ของพยาบาล เทคนิคนี้ได้รับการยอมรับในวิชาชีพ พยาบาลว่าช่วยสื่อสารข้อมูลที่สำคัญได้อย่างสมบูรณ์ ช่วยลดช่องว่างในการสื่อสาร และสร้างความมั่นใจ ให้กับทั้งสองฝ่ายได้ (Institute for Healthcare Improvement, 2018)



ข้อเสนอแนะ

ควรมีการติดตามประเมินผลระยะยาว 6 เดือน หรือ 1 ปี ภายหลังการปรับใช้รูปแบบการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม เพื่อประเมินความคงที่ของระดับสมรรถนะของพยาบาลวิกฤต

ศัลยกรรม และผลลัพธ์ทางการรักษาพยาบาลอื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ระยะเวลาพักรักษาในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และความพึงพอใจของผู้รับบริการ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก. (2561). รายงานประจำปีกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก. เชียงราย: โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์.
- กวีศักดิ์ จิตตวัฒนรัตน์. (2560). ระบบการให้ระดับความรุนแรงของโรคในไอซียูศัลยกรรม (Disease Severity Score System). ใน กวีศักดิ์ จิตตวัฒนรัตน์ (บรรณาธิการ), *เวชบำบัดวิกฤตศัลยกรรมศาสตร์ในเวชปฏิบัติ: Surgical Critical Care in Practice* (หน้า 15-40). กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธนศ นิตรมงคลวัฒน์. (ม.ป.ป.). ICU admission, discharge and triage guideline volume 1: ICU เขาหรือเราที่ไม่เข้าใจ. ใน ศุภโชค มาศปกรณ์ (บรรณาธิการ), *ศัลยกรรมศาสตร์จะยากไปไหน*. กรุงเทพฯ: โครงการตำราศัลยกรรมศาสตร์ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์.
- มยุรฉัตร ดัวงนคร. (2558). การพัฒนารอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ (การค้นคว้าแบบอิสระ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ตุลา วงศ์ปาลี, พุทธชาติ สมณา และจิตราวดี จิตจันทร์. (2556). ผลของการใช้ MEWS ในการดูแลต่อเนื่องของหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต และหอผู้ป่วยหนัก งานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรศาสตร์. สืบค้นเมื่อวันที่ 8 มีนาคม 2563, จาก <https://w2.med.cmu.ac.th/nis/downloads/?p=549>
- ศูนย์ข้อมูล. (2561). รายงานประจำปี 2561. เชียงราย: โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์.
- สถาบันพัฒนาข้าราชการพลเรือน สำนักงาน ก.พ. (2560). *โครงการฝึกอบรมเสริมหลักสูตรนักรับบริหารระดับสูง (ส.นบส.)*. สืบค้นเมื่อวันที่ 8 มีนาคม 2563, จาก https://www.ocsc.go.th/sites/default/files/attachment/article/01_khuumuue_s.nbs_idp_final.pdf
- สมพิศ จันทราเรืองฤทธิ์. (2550). *การพัฒนาแบบการนิเทศของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์*. ขอนแก่น: สำนักวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- อาภรณ์ ภูวิทย์พันธุ์. (2553). *competency-based training road map*. กรุงเทพฯ: เอช อาร์ เซ็นเตอร์.
- Benner P. (1984). *From Novice to Expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park: Addison-Wesley.
- Ferreira, F., Bota, D., Bross, D., Melot, C., & Vincent, J.L. (2011). Serial evaluation of the SOFA score to predict outcome in critically ill patients. *JAMA*, 286,1754-58.
- Gooch, R., & Kahn, J. (2014). Icu bed supply. *JAMA*, 311(6),567-68.
- Hitchcock, M., Gillespie, B., Crilly, J., & Chaboyer, W. (2014). Triage: an investigation of the process and potential vulnerabilities. *J Adv Nurs*, 70(7),1532-41.



เอกสารอ้างอิง

- Institute for Healthcare Improvement. SBAR: Situation-background-assessment recommendation. [Internet]. Boston: 2017 [cited 2018 Oct 10]. Available from: <https://www.lsqa.org/wp-content/uploads/2017/08/SBARTechniqueforCommunication.pdf>
- Paterson, R., MacLeod, D. C., Thetford, D., Beattie A, Graham C, Lam S, & Bell D. (2006). Prediction of in-hospital mortality and length of stay using an early warning scoring system: clinical audit. *Clinical Medicine*, 6(3), 281–84.
- Polit, D., & Hungler, B. (1999). *Nursing Research: Principle and Method*, 6th ed. Philadelphia: Lippincott Company.
- Proctor, B. (2001). Training for the supervision alliance Attitude, Skills and Intention. In Cutcliffe JR, Butterworth T, & Proctor B, *Fundamental Themes in Clinical Supervision* (p.25-46). London: Routledge.
- Rowan, KM., Kerr, JH., Major, E., McPherson, K., Short, A., & Vessey, MP. (1993). intensive care society's APACHE II study in britain and ireland-II: Outcome comparisons of intensive care unit after adjustment for case mix by the american APACHE II method. *BMJ*, 307,977-81.
- Saenprasan, P. (2016). *Nursing Supervision; competency & Individual Development Plan*. Bangkok: Paper presented at the meeting of Royal Thai army nurses association.
- Society of Critical Care Medicine. (1999). Guidelines for intensive care unit admission, discharge, and triage: Task force of the american college of critical care medicine. *Crit Care Med*, 633-38.
- Young, M. P., McBride, K., James, B., Fisher, ES., & Gooder, VJ. (2003). Inpatient transfers to the intensive care unit: delays are associated with increased mortality and morbidity. *J Gen Intern Med*, 8,77-83.



คำแนะนำ



การส่งผลงานวิชาการลงตีพิมพ์

ในวารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา พ.ศ.2563

เพื่อให้การจัดทำวารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมีคุณภาพ จึงขอให้ยกเลิกคำแนะนำปี 2561 และใช้คำแนะนำนี้ตั้งแต่ 1 มกราคม 2563 ดังนี้

วารสารจะดำเนินการในลักษณะ E- journal ไม่จัดพิมพ์เป็นรูปเล่ม

ผู้ทรงคุณวุฒิ หมายถึง ผู้ที่มีความรู้ความสามารถและเชี่ยวชาญในสาขาวิชานั้นๆ

ผลงานวิชาการที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ หมายถึง ผลงานที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 คน ในลักษณะ Double blinded ที่มีความเห็นตรงกันว่าเป็นผลงานที่มีคุณภาพสามารถลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารได้

ผลงานวิชาการที่รับตีพิมพ์ หมายถึง บทความวิจัย และบทความปริทรรศน์

คำแนะนำของการเตรียมบทความ

1. ข้อกำหนดการตีพิมพ์ผลงานวิชาการในวารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษามีดังต่อไปนี้

1.1. เป็นผลงานวิชาการทั้งภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษในสาขาการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา

1.2. ผลงานวิชาการต้องไม่เคยลงตีพิมพ์ในหนังสือและวารสารใดมาก่อนยกเว้นเป็นผลงาน

วิชาการที่ได้นำเสนอในการประชุมทางวิชาการที่ไม่มี Proceedings และผู้เขียนจะต้องไม่ส่งบทความเพื่อไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นในเวลาเดียวกัน

1.3. ผลงานวิชาการจะได้รับการพิจารณาถ้อยแถลงจากผู้ทรงคุณวุฒิที่กองบรรณาธิการเห็นสมควร ไม่น้อยกว่า 2 คน

1.4. กองบรรณาธิการจะแจ้งผลการพิจารณาการลงตีพิมพ์ในวารสารหลังจากผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิและกองบรรณาธิการเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

1.5. หากผลงานวิชาการใดได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ เจ้าของผลงานวิชาการจะต้องแก้ไขต้นฉบับให้เสร็จและส่งคืนกองบรรณาธิการภายในเวลาที่กำหนดมิฉะนั้นจะถือว่าสละสิทธิ์การตีพิมพ์

1.6. ผลงานวิจัยต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสถาบันใดสถาบันหนึ่ง (เฉพาะวิจัยในมนุษย์)

2. อัตราค่าบำรุงวารสารฯ / ค่าธรรมเนียมในการนำผลงานวิชาการลงตีพิมพ์ในวารสารฯ อัตราค่าธรรมเนียม 3,000 บาท/ 1 บทความ โดยชำระค่าลงทะเบียนตีพิมพ์บทความ โดยการโอนเงินมาที่บัญชีธนาคารกรุงไทย สาขา พระยา เลขบัญชี 512-0-69285-0 ชื่อบัญชี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี (งานวารสาร)



3. การเตรียมต้นฉบับบทความวิจัยมีแนวปฏิบัติตามลำดับการเขียน ดังนี้

3.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.2 ชื่อ-สกุลและสถานที่ทำงานของผู้แต่ง (ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ)

3.3 บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (Abstract) ไม่เกิน 1 หน้า

3.4 คำสำคัญ (Keywords) ให้ ผู้เขียน พิจารณา คำสำคัญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ

3.5 บทนำเป็นการเขียนความเป็นมาหรือความสำคัญ ควรเขียนสาระหรือข้อมูลสำคัญที่เป็นประเด็นหลักการวิจัยเขียนให้กระชับตรงประเด็นและแสดงถึงความสำคัญหรือปัญหาที่ต้องทำการศึกษา

3.6 วัตถุประสงค์การวิจัย กระชับและชัดเจน

3.7 ระเบียบวิธีการวิจัยเป็นการเขียนอธิบายกระบวนการทำวิจัยตามหลักระเบียบวิธีวิจัยที่มีคุณภาพ โดยมีรายละเอียดพอสังเขปที่แสดงให้เห็นถึงรายละเอียดของกระบวนการ

3.8 ผลการวิจัย เป็นการเขียนผลการวิเคราะห์ข้อมูลหรือข้อค้นพบจากการวิจัยหากจะมีการนำเสนอข้อมูลด้วยตารางควรออกแบบตารางให้เหมาะสมและให้นำเสนอข้อมูลได้ตารางตามที่จำเป็น การอธิบายข้อมูลควรหลีกเลี่ยงการกล่าวซ้ำกับสิ่งที่แสดงในตาราง

3.9 อภิปรายผลเป็นการแปลความหมายของผลการวิจัยและอธิบายเหตุผลว่าข้อค้นพบหรือสิ่งที่เกิดขึ้นสามารถอธิบายด้วยหลักการหรือทฤษฎีใดบ้าง ผลการวิจัยสอดคล้องหรือขัดแย้งกับผลการวิจัยของคนอื่นหรือไม่อย่างไรทั้งนี้ในการอภิปรายควรสนับสนุนด้วยข้อมูลที่เป็นเหตุเป็นผลและอธิบาย โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

3.10 ข้อเสนอแนะในการเขียนข้อเสนอแนะจากการวิจัย ควรเขียนข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้ หรือสำหรับการทำวิจัยต่อยอดในอนาคตทั้งนี้ข้อเสนอแนะควรสืบเนื่องจากข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้ไม่ใช่ข้อเสนอแนะตามหลักการโดยทั่วไป

3.11. กิตติกรรมประกาศ (หากมี)

3.12. เอกสารอ้างอิง

4. การเตรียมต้นฉบับบทความปริทัศน์ (Review Article) มีแนวปฏิบัติตามลำดับการเขียน ดังนี้

4.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

4.2 ชื่อผู้นิพนธ์ทุกคน และสถานที่ทำงาน โดยใช้ภาษาไทย

4.3 บทคัดย่อ (Abstract) ให้เขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษเป็นความเรียงย่อหน้าเดียว ประกอบด้วยสาระสังเขปที่สำคัญและครบถ้วน คำสำคัญ (Key words) มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ

4.4 บทนำ เป็นการเขียนความสำคัญ ควรเขียนสาระหรือข้อมูลสำคัญที่เป็นประเด็นหลักของเรื่องที่น่าสนใจ เขียนให้กระชับตรงประเด็นและแสดงถึงความสำคัญว่าทำไมจึงนำเสนอบทความนี้

4.5 สาระปริทัศน์ในประเด็นต่างๆ ที่ตรงกับชื่อเรื่อง โดยประเด็นที่น่าสนใจจะต้องกระชับตรงประเด็น ไม่ซ้ำซ้อน

4.6 วิจารณ์ เป็นการสรุปสาระ และแสดงความคิดเห็นของผู้เขียนโดยจะอ้างอิงวรรณกรรมต่างๆมาเพิ่มเติมหรือไม่ก็ได้

4.7. กิตติกรรมประกาศ (หากมี)

4.8 เอกสารอ้างอิง

5. การอ้างอิงเอกสาร

การเขียนเอกสารอ้างอิง (References) ทำย บทความสำหรับแนวทางของการเขียนเอกสารอ้างอิง โดยใช้ระบบของ APA ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 6 (The Publication Manual of the American Psychological Association, 6th edition, published by the American Psychological Association, 2011) มีรายละเอียด ดังนี้

ผู้แต่งเป็นชาวไทยให้ลงทั้งชื่อและนามสกุลตามลำดับ

ผู้แต่งเป็นชาวต่างประเทศให้ลงนามสกุลตามด้วยเครื่องหมายจุลภาค และต่อด้วยอักษรย่อของชื่อต้น และชื่อรอง ทั้งนี้รวมถึงผู้แต่งชาวไทยที่เขียนหนังสือเป็น



ภาษาอังกฤษจะลงรายการผู้แต่ง โดยใช้นามสกุลขึ้นต้น
เหมือนผู้แต่งชาวต่างประเทศดังตัวอย่าง

5.1 หนังสือ

ชื่อผู้นิพนธ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อหนังสือ (ครั้งที่พิมพ์ ตั้งแต่พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป). เมืองที่พิมพ์:สำนักพิมพ์

บุญชม ศรีสะอาด. (2547). *วิธีการทางสถิติสำหรับการวิจัย*. (พิมพ์ครั้งที่4).

กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น.

Kosslyn, S. M., & Rosenberg, R. S.

(2004). *Psychology: The brain, the person, the world*. (2nd ed.). Essex, England: Pearson Education Limited.

Mussen, P., Rosenzweig, M. R., Aronson, E., Elkind, D., Feshbach, S., Geiwitz, P. J., et al. (1973). *Psychology: An introduction*. Lexington, Mass.: Heath.

5.2 วารสาร

ชื่อผู้นิพนธ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่(ฉบับที่), หน้า.

เผชิญ กิจระการ และสมนึก ภัททิยธนี.

(2545). ดัชนีประสิทธิผล Effectiveness Index:E.I.). *วารสารการวัดผลการศึกษามหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 8(1), 30-36.

Klimoski, R., & Palmer, S. (1993). The ADA and the hiring process in organizations. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 45(2), 10-36.

5.3 หนังสือรวมเรื่อง (Book Review)

ชื่อผู้นิพนธ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง. ใน ชื่อบรรณาธิการ (บรรณาธิการ), ชื่อหนังสือ (ครั้งที่พิมพ์ ตั้งแต่พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป, หน้า). เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์

ประสม เนื่องเฉลิม. (2549). วิทยาศาสตร์พื้นฐาน:

การจัดการเรียนรู้มิติทางวัฒนธรรมท้องถิ่น การบูรณาการ ความรู้พื้นฐานกับการจัดการเรียนรู้วิทยาศาสตร์เพื่อชุมชน: กรณีศึกษาจากแหล่งเรียนรู้ป่าปู้ตา. ใน ฉลาด จันทรมบัติ (บรรณาธิการ), *ศึกษาศาสตร์วิจัย ประจำปี 2548 – 2549* (หน้า 127 – 140). มหาสารคาม: สารคาม-การพิมพ์-สารคามแปเปอร์

Cooper, J., Mirabile, R., & Scher, S. J. (2005).

Actions and attitudes: The theory of cognitive dissonance. In T. C. Brock & M. C. Green (Eds.), *Persuasion: Psychological insights and perspectives* (2nd ed., pp. 63-79). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.

5.4 สื่ออิเล็กทรอนิกส์

ชื่อผู้นิพนธ์. (วันที่ เดือน ปีที่ปรับปรุงล่าสุด). ชื่อเรื่อง. วันที่ทำการสืบค้น, ชื่อฐานข้อมูล

สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (3 ธันวาคม 2548). *ธนาคารหลักสูตร*.

สืบค้นเมื่อ 1 มีนาคม 2550, จาก <http://db.onec.go.th/thaigifted/lessonplan/index.php>

Wollman, N. (1999, November 12).

Influencing attitudes and behaviors for social change.

Retrieved July 6, 2005, from <http://www.radpsynet.org/docs/wollmanattitude.html>

6. โปรดตรวจสอบ ต้นฉบับดูว่า ท่านได้เขียนหัวข้อต่างๆ และให้ข้อมูลครบถ้วน ใช้คำต่างๆ ถูกต้องตามพจนานุกรมไทย และอังกฤษ รวมทั้งคำศัพท์ทางวิชาการ และระบบการอ้างอิง ได้ถูกต้อง

7. ในการนำผลงานของผู้อื่นมาใช้ในบทความขอให้ผู้เขียนใช้ข้อมูลจากแหล่งที่มีความน่าเชื่อถือและ



ทันสมัยไม่เกิน 10 ปีมีการระบุชื่อผู้แต่งและปีพิมพ์ปรากฏอย่างชัดเจนควรอ้างอิงจากแหล่งหรือเอกสารที่เป็นต้นตอของข้อมูลและบทความใดที่มีการตรวจสอบพบว่าเข้าข่าย Plagiarism จะถูกตัดสิทธิ์ในการพิจารณาลงตีพิมพ์

8. การตั้งค่าน้ำกระดาษให้ตั้งค่าขนาดกระดาษ A4 จัดหน้าให้มีช่องว่างด้านบน 1 นิ้ว ด้านล่าง 1 นิ้ว ด้านซ้าย 1.25 นิ้ว ด้านขวา 1 นิ้ว อักษรที่ใช้ในการพิมพ์ให้ใช้ฟอนต์ AngsanaNew ขนาด 16 และ single space และมีเนื้อหารวมบทความและเอกสารอ้างอิงไม่เกิน 15 หน้า

9. การส่งต้นฉบับให้ดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

9.1. ส่งต้นฉบับบทความวิชาการหรือบทความวิจัยเป็นอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ (.docx) ไปที่เว็บไซต์ของวารสารที่ <https://www.tci-thaijo.org/index.php/bcnpy> เพื่อทำการลงทะเบียนสมาชิกวารสารและดำเนินการส่งบทความผ่านระบบออนไลน์ของ TCI ทั้งนี้ผู้เขียนสามารถศึกษาข้อมูลคำแนะนำเบื้องต้นสำหรับผู้พิมพ์ที่เมนูด้านขวามือของหน้าเว็บไซต์ หรือตามคู่มือแนบท้าย

9.2. เมื่อบทความผ่านประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วจะมีการแจ้งจากกองบรรณาธิการ

วารสารให้ผู้เขียนดำเนินการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

9.3. ชำระเงินค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ในวารสารเมื่อได้รับการแจ้งจากกองบรรณาธิการ

ข้อ 8. วารสารมีกำหนดออกปีละ 3 ฉบับคือ ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม และฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

ผู้พิมพ์หรือผู้อ่านท่านใดประสงค์จะขอข้อมูลหรือรายละเอียดเพิ่มเติมโปรดติดต่อกองบรรณาธิการได้ดังนี้

กองบรรณาธิการวารสารการพยาบาล

การสาธารณสุขและการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

312 หมู่ 11 ตำบลบ้านต๋อม อำเภอเมือง

จังหวัดพะเยา รหัสไปรษณีย์ 56000

โทรศัพท์ 0-5443-1779 ต่อ 105,114

โทรสาร 0-5443-1889

มือถือ 06-1289-5926

E-mail : journal@bcnpy.ac.th



