

ผลการพัฒนารูปแบบทีมการพยาบาล ต่อคุณภาพการพยาบาล ในผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก

นางลักษณ์ บุญเฮีย พย.ม.

โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก

บทคัดย่อ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบทีมการพยาบาลต่อคุณภาพการพยาบาล ในผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก ด้านอัตราการตาย อัตราการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ และความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการพัฒนารูปแบบทีมการพยาบาล เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบการทำงานร่วมกัน (mutual collaborative action research) กลุ่มผู้ร่วมวิจัยในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพจำนวน 18 คน ปฏิบัติงานที่ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2553 ถึงกันยายน 2556 ในรูปแบบการทำงานร่วมกันประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ขั้นแรก วิเคราะห์สถานการณ์เพื่อสะท้อนสถานการณ์ปัจจุบันให้เห็นความต้องการที่จะพัฒนารูปแบบทีมการพยาบาล ขั้นที่สอง วางแผนพัฒนารูปแบบทีมการพยาบาล ขั้นที่สาม ประเมินผลการพัฒนารูปแบบทีมการพยาบาล โดยประเมินจากผู้ร่วมวิจัยคือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 18 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจงเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก ระหว่างปี 2554 - 2556 และจากเวชระเบียนผู้ป่วยงานห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก ปีงบประมาณ 2554-2556 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ แบบบันทึกความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการพัฒนารูปแบบทีมการพยาบาลจากการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการพัฒนาทีมการพยาบาลปี พ.ศ. 2554 ใช้รูปแบบทีมการพยาบาลแบบที่ 1 มอบหมายแบบรายบุคคล มีพี่เลี้ยงดูแลเป็นที่ปรึกษาและนิเทศ (พี่เลี้ยงไม่นับอัตราค่าจ้าง) ปี พ.ศ. 2555 พัฒนาโดยใช้รูปแบบทีมการพยาบาลแบบที่ 2 มอบหมายแบบรายบุคคล มีหัวหน้าเวร (พี่เลี้ยงรวมในอัตราค่าจ้าง) ปี พ.ศ. 2556 พัฒนาใช้รูปแบบทีมการพยาบาลแบบที่ 3 มอบหมายแบบรายบุคคล แบ่งเป็น 2 ทีม มีหัวหน้าทีมแต่ละทีมร่วมกับการ quick round คุณภาพการพยาบาลในผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก หลังการพัฒนาทีมการพยาบาล มีอัตราการตายร้อยละ 11.2 , 11.3 และลดลงเป็น 9.25 ตามลำดับ อัตราการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ 11.1, 11.5, และลดลงเป็น 6.7 ครั้งต่อ 1,000 วันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่เห็นด้วยในการพัฒนารูปแบบทีมการพยาบาลแบบที่ 3 มอบหมายแบบรายบุคคล แบ่ง 2 ทีมมีหัวหน้าทีมแต่ละทีม ร่วมกับการ Quick round คิดเป็นร้อยละ 100.0 สรุปและข้อเสนอแนะจากผลการพัฒนารูปแบบทีมการพยาบาลต่อคุณภาพการพยาบาลในผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอกทำให้เกิดการเรียนรู้การมีส่วนร่วมเพื่อสะท้อนสถานการณ์ปัญหาาร่วมกันนำไปสู่วางแผนพัฒนาเพื่อให้เกิดการพัฒนากระบวนการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ โดยรูปแบบทีมการพยาบาลสามารถปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละหน่วยงาน

คำสำคัญ: รูปแบบทีมการพยาบาล, คุณภาพการพยาบาล

บทนำ

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและเป็นปัญหาสำคัญด้านสุขภาพ จากสถิติการผ่าตัดหัวใจในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2553-2554 มีจำนวนผ่าตัดหัวใจ 13,777 ราย และ 12,848 ราย ตามลำดับ⁽¹⁾ การผ่าตัดหัวใจจะมีผลกระทบต่อผู้ป่วยในด้านร่างกาย จิตใจและสังคม เนื่องจากหัวใจเป็นอวัยวะที่สำคัญ ผู้ป่วยภาวะวิกฤตหลังผ่าตัดหัวใจจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด เฝ้าระวังและติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมให้การทำงานของระบบหัวใจและการไหลเวียนที่ปกติและประเมินเฝ้าระวังความผิดปกติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน⁽²⁾

โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เป็นโรงพยาบาลศูนย์ตติยภูมิในเขตภาคเหนือตอนล่าง ขนาด 1,022 เตียง ให้บริการรักษาผู้ป่วยทั่วไปและเฉพาะทาง มีแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางหลายสาขา มีศักยภาพให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และมีจำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจที่ต้องผ่าตัดจำนวนมากขึ้นทุกปี จากสถิติการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ปีพ.ศ. 2552 - 2554 จำนวน 186, 216 และ 214 รายตามลำดับ⁽³⁾ การผ่าตัดหัวใจต้องใช้บุคลากรที่มีความสามารถเฉพาะด้านในการดูแลรักษา ในการจัดระบบบริการพยาบาลมีรูปแบบที่หลากหลายตามความจำเป็น ตามจำนวนบุคลากร ความเหมาะสมในบริบทของหน่วยงาน ซึ่งระบบบริการพยาบาลจะเป็นสิ่งสนับสนุนให้การบริการพยาบาล สามารถดำเนินการวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽⁴⁾ ในระบบบริการพยาบาล มีการจัดการดูแลผู้ป่วยโดยใช้ระบบการดูแลแบบรายผู้ป่วย (case assignment) ระบบการมอบหมายแบบตามหน้าที่ (functional assignment) การมอบหมายงานแบบทีมการพยาบาล (team nursing) การมอบหมายงานระบบพยาบาลเจ้าของไข้ (primary nursing)⁽⁵⁾

งานห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เป็นหน่วยงานรับ

ผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอกในภาวะวิกฤตจำนวน 8 เตียง ในปี พ.ศ. 2554 มีพยาบาลวิชาชีพ 22 คน ให้บริการผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ หลอดเลือด และทรวงอกในภาวะวิกฤต พยาบาลผู้ดูแลต้องมีความรู้และสมรรถนะในการประเมินผู้ป่วยเพื่อเฝ้าระวังและแก้ไขให้ผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤตอย่างปลอดภัย จากการติดตามประเมินผลและวิเคราะห์คุณภาพการพยาบาลของหน่วยงาน ในปี พ.ศ. 2554 พบว่า อัตราตาย 11.2 เมื่อเทียบจากเกณฑ์ต้องไม่มากกว่าร้อยละ 5.0 อัตราการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ 11.1 ครั้งต่อ 1,000 วันการใช้เครื่องช่วยหายใจ เทียบจากเกณฑ์ต้องไม่มากกว่า 10.8 ครั้งต่อการใช้เครื่องช่วยหายใจ 1,000 วัน เนื่องจากปี พ.ศ. 2554 มีพยาบาลที่มีประสบการณ์ในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก 1-3 ปี จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 50.0 ของพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด การจัดรูปแบบทีมการพยาบาล เดิมใช้ระบบการดูแลแบบรายผู้ป่วย (case assignment) จึงเป็นปัญหาการบริหารจัดการเพื่อพัฒนาพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยให้สามารถปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอกในภาวะวิกฤตให้มีคุณภาพ หน่วยงานมีพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอกมากกว่า 5 ปี จำนวน 6 คนที่สามารถเป็นพี่เลี้ยงสอนงาน เป็นที่ปรึกษาในการปฏิบัติการพยาบาล จึงเริ่มจัดรูปแบบทีมการพยาบาลมอบหมายเป็นรายบุคคล มีพยาบาลพี่เลี้ยงเป็นที่ปรึกษา โดยไม่นับพยาบาลพี่เลี้ยงเป็นอัตรากำลัง เนื่องจากต้องดูแล สอนงาน ให้คำปรึกษา และรายงานแพทย์ สัตส่วนพยาบาลพี่เลี้ยงต่อพยาบาลที่ต้องได้รับการสอน 1 : 6 ต่อเวร ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบทีมการพยาบาลต่อคุณภาพการพยาบาลในผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก อัตราตายและอัตราการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ รวมทั้งศึกษาความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการพัฒนารูปแบบทีมการพยาบาล เพื่อให้ระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอกมี

คุณภาพ ส่งผลต่อศักยภาพในงานด้าน cardiac excellence center มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบการทำงานร่วมกัน (mutual collaborative action research) โดยนำขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการมาใช้ดำเนินการวิจัย มี 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นที่ 1 ขั้นวิเคราะห์สถานการณ์ เพื่อสะท้อนสถานการณ์ปัจจุบันด้านจำนวนและประเภทผู้ป่วย ด้านการทำหัตถการพิเศษซับซ้อน และด้านบุคลากรที่มีพยาบาลจบใหม่จำนวน 11 คน มีประสบการณ์น้อยในการดูแลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก ให้เห็นความต้องการที่จะพัฒนารูปแบบทีมการพยาบาล เก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม 2553 ถึงเดือนกันยายน 2553

ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ทีมแกนนำพยาบาลวิชาชีพจำนวน 6 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์ทำงานมากกว่า 5 ปี และมีประสบการณ์ให้การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมากกว่า 3 ปี ผ่านการศึกษาหลักสูตรเฉพาะทางวิกฤต หรือหลักสูตรเฉพาะทางสาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด มีทักษะในการประเมินภาวะวิกฤต รายงานแพทย์ และสามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาวิกฤตฉุกเฉินเบื้องต้นได้ ช่วยหัตถการซับซ้อนเร่งด่วนฉุกเฉินได้ เช่น การเปิดทรวงอกฉุกเฉินในไอซียู การช่วยใส่เครื่องพุงหัวใจ เป็นที่ปรึกษาแนะนำสอนงานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก การเขียนบันทึกทางการพยาบาล รับผิดชอบการรายงานแพทย์ และนิเทศการพยาบาลของบุคลากรภายในเวรให้เป็นไปอย่างถูกต้อง เครื่องมือที่ใช้เป็นแนวคำถามการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับการร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ และการวางแผนการพัฒนารูปแบบทีมการพยาบาล

ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการวางแผนพัฒนารูปแบบทีมการพยาบาลตามแนวคิดของการพัฒนาวิธีการมอบหมายงานทางการพยาบาลที่มีการมอบหมายงานแบบราย

บุคคล (case assignment) และการมอบหมายงานแบบทีมการพยาบาล (team nursing) ที่เป็นการต้องการร่วมกันของผู้วิจัยและกลุ่มผู้ร่วมวิจัย ซึ่งเป็นพยาบาล-วิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2553 ถึงกันยายน 2556 เครื่องมือที่ใช้เป็นรูปแบบทีมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก

ขั้นที่ 3 ขั้นประเมินผลการพัฒนารูปแบบทีมการพยาบาลต่อคุณภาพการพยาบาลด้านอัตราการตาย อัตราการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2553 ถึงกันยายน 2556 ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เครื่องมือที่ใช้ เป็นแบบบันทึกข้อมูลโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล และผ่านการตรวจสอบเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ

การประเมินความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการพัฒนารูปแบบทีมการพยาบาล ผู้ให้ข้อมูลได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จำนวน 18 คน เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย (1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ (2) แบบบันทึกความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการพัฒนารูปแบบทีมการพยาบาล เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ทั้งนี้ การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณารับรองของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

ผลการศึกษา

1. ผลการวิจัย ขั้นที่ 1 ขั้นวิเคราะห์สถานการณ์ พบว่าด้านจำนวนและประเภทผู้ป่วยมีจำนวนผู้ป่วยงานห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จำแนกเป็นปี 2554 - 2556 มี

ผู้ป่วยจำนวน 474 ราย, 542 ราย และ 594 ราย ตามลำดับเมื่อจำแนกผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดปี 2554 - 2556 มีจำนวน 214 ราย, 205 ราย และ 232 ราย ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ด้านการทำหัตถการซับซ้อนพิเศษ ได้แก่ การใส่เครื่องพุงหัวใจ (intra aortic ballon pump: IABP) ปี 2554 - 2556 มีจำนวน 7, 8 และ 13 ครั้ง ตามลำดับ การทำหัตถการการเปิดทรวงอกฉุกเฉินในไอ.ซี.ยู (open-chest bedside) ปี 2554 - 2556 มีจำนวน 2, 2 และ 12 ครั้ง ตามลำดับ การใส่เครื่องพุงหัวใจ และปอด (extracorporeal membrane oxygenation: ECMO) ปี 2554 - 2556 มีจำนวน 3, 3 และ 4 ครั้ง ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ด้านบุคลากร มีพยาบาลวิชาชีพงานห้องผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จำแนกเป็นปี 2554 - 2556 มีจำนวน 22, 19 และ 18 คน ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงาน 1-3 ปีมากที่สุดจำนวน 11 และ 9 คน ตามลำดับ ส่วนปี 2556 มีประสบการณ์ 4-5 ปี 6-7 ปี และมากกว่า 10 ปี จำนวน 5 คน เท่ากัน (ตารางที่ 3)

2. ผลการวิจัยชั้นที่ 2 ชั้นดำเนินการพบว่า มีการพัฒนารูปแบบทีมการพยาบาลได้ 3 รูปแบบดังนี้

ปี พ.ศ. 2554 ใช้รูปแบบทีมการพยาบาลแบบที่ 1 มอบหมายแบบรายบุคคล มีพี่เลี้ยงดูแลเป็นที่ปรึกษาและนิเทศ (พี่เลี้ยงไม่นับอัตราค่าจ้าง)

ปี พ.ศ. 2555 พัฒนาโดยใช้รูปแบบทีมการพยาบาลแบบที่ 2 มอบหมายแบบรายบุคคล มีหัวหน้าเวร (พี่เลี้ยงรวมในอัตราค่าจ้าง)

ปี พ.ศ. 2556 พัฒนาโดยใช้รูปแบบทีมการพยาบาลแบบที่ 3 มอบหมายแบบรายบุคคล แบ่ง 2 ทีม มีหัวหน้าทีมแต่ละทีม ร่วมกับการ quick round ซึ่งเป็นการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยที่หัวหน้าทีมการพยาบาลและสมาชิกทีมร่วมกัน กำหนดวัตถุประสงค์ของการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยอย่างพร้อมเพรียงกัน รับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกัน มีการปรึกษาหารือและสื่อสารแบบสองทางระหว่างเดินตรวจเยี่ยมผู้ป่วย

3. ผลการวิจัยชั้นที่ 3 ชั้นประเมินผล

3.1 ผลการพัฒนารูปแบบทีมการพยาบาลต่อคุณภาพการพยาบาลในผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอกพบว่า คุณภาพการพยาบาลหลังการพัฒนารูปแบบทีม

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

ประเภทผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วย (ราย)		
	ปี 2554	ปี 2555	ปี 2556
ผ่าตัดศัลยกรรมหัวใจไปทรวงอกหลอดเลือด	260	337	362
ผ่าตัดหัวใจแบบเปิด	214	205	232
รวม	474	542	594

ตารางที่ 2 จำนวนการทำหัตถการพิเศษ ซับซ้อน ในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

ประเภทการทำหัตถการ	จำนวน (ครั้ง)		
	ปี 2554	ปี 2555	ปี 2556
Intra aortic ballon pump (IABP)	7	8	13
Open-chest bedside	2	2	12
Extracorporeal membrane oxygenation (ECMO)	3	4	4

การพยาบาล อัตราตายของผู้ป่วยลดลงจากร้อยละ 11.2, 11.3 เป็น 9.25 อัตราการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ 11.1, 11.5, และลดลงเป็น 6.7 ครั้งต่อ 1,000 วันการใช้เครื่องช่วยหายใจ (ตารางที่ 4)

3.2. ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการพัฒนารูปแบบที่มการพยาบาล เห็นด้วยกับการจัดรูปแบบที่มการพยาบาลรูปแบบที่ 3 แบบแบ่งที่มร่วมกับการ quick round จำนวน 18 คนคิดเป็นร้อยละ 100.0

วิจารณ์

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ทำให้มีการพัฒนารูปแบบที่มการพยาบาลเพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงบริบทตามสถานการณ์รูปแบบที่มการพยาบาลขึ้นอยู่กับกรมอบหมายงานในทีมการพยาบาล ซึ่งทีมการพยาบาลจะประกอบด้วยหัวหน้าทีมและสมาชิกทีมที่รับผิดชอบในการปฏิบัติ-

ตารางที่ 3 จำนวน อายุ และประสพการณ์การทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

ข้อมูลทั่วไป	ปี 2554 (n=22)		ปี 2555 (n=19)		ปี 2556 (n=18)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)						
20 – 25	10	45.45	8	42.11	2	11.11
26 – 30	4	18.18	4	21.05	9	50.00
31 – 35	4	18.18	4	21.05	3	16.67
36 – 40	3	13.64	1	5.26	2	11.11
41 – 45	1	4.55	2	10.53	2	11.11
(x = 28.72, min 23 ปี max 42 ปี) (x = 29.57, min 24 ปี max 43 ปี) (x = 30.6, min 25 ปี max 44 ปี)						
ประสพการณ์การทำงาน (ปี)						
1 – 3	11	50.00	9	47.37	3	16.67
4 – 5	5	22.72	4	21.05	5	27.78
6 – 7	0	0.00	1	5.26	5	27.78
8 – 10	2	9.09	0	0.00	0	0.00
>10	4	18.18	5	26.32	5	27.78

ตารางที่ 4 ผลการพัฒนารูปแบบที่มการพยาบาลต่อคุณภาพการพยาบาลในผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจ และทรวงอก

คุณภาพการพยาบาล	รูปแบบ 1 (ปี 2554)	รูปแบบ 2 (ปี 2555)	รูปแบบ 3 (ปี 2556)
อัตราตาย (ร้อยละ)	11.2	11.3	9.25
อัตราการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (ครั้ง/1000 วันการใช้เครื่องช่วยหายใจ)	11.1	11.5	6.70

การพยาบาล โดยรูปแบบที่ทำการพยาบาลจะถูกปรับเปลี่ยนไปตามสถานการณ์อย่างเหมาะสม

จากรูปแบบที่ทำการพยาบาลแบบที่ 1 มอบหมายแบบรายบุคคล มีพี่เลี้ยงดูแลเป็นที่ปรึกษาและนิเทศ (พี่เลี้ยงไม่นับอัตรากำลัง) ในปี พ.ศ. 2554 พบว่า จุดเด่นของรูปแบบที่ทำการพยาบาลนี้ เหมาะกับบริบทที่มีอัตรากำลังพยาบาลเพียงพอ ด้วยในปี พ.ศ. 2554 มีจำนวนพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดรวม 22 คน ทำให้พยาบาลวิชาชีพที่เป็นพี่เลี้ยงไม่ต้องนับอัตรากำลัง และไม่มี case assignment สามารถจะสอนงาน และต้องเรียนรู้ผู้ป่วยทุกรายอย่างละเอียดเพื่อสอนการ early detection ในการประเมิน warning sign แก่พยาบาลที่ยังไม่มีประสบการณ์ให้เกิดการเรียนรู้และเสริมทักษะการปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด การมอบหมายงานพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำงาน 1-3 ปี จะได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอกทั่วไปที่ไม่มีอาการซับซ้อนและอยู่ในระยะฟื้นฟูสภาพในห้องผู้ป่วยหนัก สำหรับพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 3-5 ปีจะได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในระยะหลังผ่าตัดมากกว่า 24 ชั่วโมงและอยู่ในระยะฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดหัวใจ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 5 ปี จะได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในภาวะวิกฤต 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ซึ่งผู้ป่วยทุกรายยังต้องใช้เครื่องมือพิเศษและอุปกรณ์พิเศษ แต่จุดด้อยของรูปแบบที่ทำการพยาบาลแบบที่ 1 พยาบาลพี่เลี้ยงที่สอนงานต้องเป็นผู้รายงานอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยทุกรายกับแพทย์-เจ้าของไข้ เนื่องจากพยาบาลพี่เลี้ยงมีจำนวนเพียง 6 คน แต่ต้องมีประจำทุกเวร บางครั้งเกิดความเหนื่อยล้า แทบไม่มีวันหยุดพัก

ต่อมาในปี พ.ศ. 2555 พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำงาน 1-3 ปีและ 3-5 ปี เริ่มมีความสามารถดูแลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดหัวใจได้มากขึ้น แต่มีจำนวนพยาบาลวิชาชีพลดลงจากเดิม 22 คนเหลือจำนวน 19 คน จึงพัฒนาใช้รูปแบบที่ทำการพยาบาลแบบที่ 2 มอบหมาย

แบบรายบุคคล มีหัวหน้าเวร โดยพยาบาลพี่เลี้ยงรวมในอัตรากำลัง จุดเด่นของรูปแบบที่ทำการพยาบาลแบบที่ 2 เหมาะสำหรับการใช้ในที่ทำการพยาบาลที่มีอัตรากำลังพยาบาลน้อย ซึ่งทำให้พยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงาน 1-3 ปีและ 3-5 ปี ต้องเรียนรู้ในการรายงาน case และประเมินภาวะวิกฤตได้มากขึ้นแต่จุดด้อยในรูปแบบนี้ พยาบาลพี่เลี้ยงต้องมี case assignment อีกทั้งต้องรับผิดชอบเป็นที่ปรึกษา ดูแล แนะนำแก่สมาชิกทีมในเวร อาจทำให้ไม่คล่องตัวในการช่วยประเมินภาวะวิกฤตได้พร้อมกันทุกราย ปี 2555 จำนวนและประเภทผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอกมีความรุนแรงซับซ้อนขึ้น มีการทำหัตถการพิเศษใกล้เคียงกันกับปี พ.ศ. 2554 เป็นผลให้อัตราการตายและอัตราการติดเชื้อการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมีค่าใกล้เคียงกันทั้งสองปี

ต่อมาปี พ.ศ.2556 ด้วยจำนวนผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่มีเพิ่มขึ้นและพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำงาน 1-3 ปีและ 3-5 ปี เริ่มพัฒนาความสามารถดูแลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดหัวใจในภาวะวิกฤตและสามารถช่วยหัตถการพิเศษได้มากขึ้น รวมทั้งพยาบาลที่มีประสบการณ์มากกว่า 5-7 ปี เริ่มมีความสามารถในการเป็นหัวหน้าเวรได้ จึงมีการพัฒนารูปแบบที่ทำการพยาบาลเป็นรูปแบบที่ 3 มอบหมายแบบรายบุคคล แบ่งเป็น 2 ทีม มีหัวหน้าทีมแต่ละทีมร่วมกับการ quick round สอดคล้องกับการศึกษาของบุญใจ ศรีสถิตนรากุล⁽⁶⁾ ที่กล่าวว่า การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยเป็นการประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาลเพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการมอบหมายงานแก่สมาชิกทีม รวมทั้งนำมาวางแผนการพยาบาลร่วมกับพยาบาลและแพทย์ ผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอกได้รับการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพมากขึ้นจากที่ทำการพยาบาลที่มีความสามารถในการประเมินภาวะวิกฤตและแก้ไขปัญหาฉุกเฉินของผู้ป่วยได้ทันท่วงที จุดเด่นของรูปแบบนี้ เหมาะสำหรับการใช้กับที่ทำการพยาบาลที่มีพยาบาล

ที่มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์หลายคน สามารถเป็นหัวหน้าทีมประเมินและแก้ไขภาวะวิกฤตในผู้ป่วยหนักเบื้องต้นได้ สามารถรายงานแพทย์ถึงอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว การ quick round เพื่อตรวจเยี่ยมผู้ป่วยพร้อมกันตอนเช้า ทำให้ทั้งสองทีมวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน และเรียนรู้ทุก case ร่วมกัน มีการแยกทีมส่งเวรโดยแบ่งทีมละ 4 เตียง หัวหน้าทีมสามารถนิเทศได้ละเอียดมากขึ้น เพราะนิเทศเพียง 4 เตียงจากเดิม 8 เตียง จากความรู้ความสามารถที่สั่งสมประสบการณ์มากขึ้นของพยาบาล และการประเมินภาวะวิกฤตจะทำได้รวดเร็ว แต่ละทีมร่วมกันดูแลผู้ป่วย รับผิดชอบละเอียดผู้ป่วย ทำให้ช่วยกันเฝ้าระวังภาวะวิกฤตได้รวดเร็ว มีการ early detection ภาวะวิกฤต และ early extubation มากขึ้น เป็นผลให้อัตราการตายและอัตราการติดเชื้อการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจลดลง แต่รูปแบบนี้ยังมีจุดด้อย เนื่องจากการแยกทีมทำให้ไม่รู้ว่ารายละเอียดที่ซับซ้อนของผู้ป่วยอีกทีม เมื่อต้องได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยสลับทีม จึงต้องเริ่มศึกษารายละเอียดผู้ป่วยใหม่ สอดคล้องกับวารสารพันธ์ พันธุ์มานะเจริญผล⁽⁷⁾ ที่กล่าวว่า รูปแบบการสร้างทีมในระบบบริการการพยาบาลรูปแบบใดจะมีประสิทธิภาพที่สุด ขึ้นอยู่กับบริบทของระบบบริการพยาบาล การทำงานเป็นทีมทางการพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้องค์กรมีการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับ ศศิธรแสงศรี⁽⁸⁾ ที่กล่าวว่า การพัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพต้องสอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้บริการระบบการมอบหมายงาน มีความสัมพันธ์โดยตรงกับคุณภาพบริการพยาบาล และการปฏิบัติงานพยาบาลจะมีคุณภาพได้นั้น ขึ้นอยู่กับพยาบาลที่ได้รับมอบหมายในการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งการพยาบาลจะสมบูรณ์และต่อเนื่อง ขึ้นอยู่กับการมอบหมายงานที่มีประสิทธิภาพ การพัฒนารูปแบบทีมการพยาบาลได้พัฒนาตามความสามารถของพยาบาลวิชาชีพที่เกิดการเรียนรู้ และมีความสัมพันธ์มากขึ้น ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยหนัก

ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอกในภาวะวิกฤตได้อย่างเหมาะสม ความตั้งใจในการตั้งเป้าหมายร่วมกันของทีมการพยาบาลที่จะช่วยกันดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพทำให้เกิดผลลัพธ์คุณภาพการพยาบาลที่ดี การศึกษาของคาร์ลิส และคณะ⁽⁹⁾ พบว่า ทีมการพยาบาลสัมพันธ์กับระดับความพึงพอใจของพยาบาลสูงขึ้น คุณภาพการพยาบาลเพิ่มขึ้น ความปลอดภัยของผู้ป่วยสูงขึ้น ความพึงพอใจของผู้รับบริการสูงขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของศิริรัตน์ เลิศพุดผิกัญญา⁽¹⁰⁾ ที่กล่าวถึงการดูแลอย่างใกล้ชิดของพยาบาลที่เลี้ยงที่มีประสบการณ์ จะช่วยให้บุคลากรสามารถปรับตัวเข้ากับสภาวะแวดล้อม มีทัศนคติที่ถูกต้อง มีขวัญกำลังใจ การใช้วิธีการสอนสาธิต โดยตรงกับสถานการณ์จริง เป็นการสอนขณะปฏิบัติงานแบบตัวต่อตัว เป็นการสอนงานในการปฏิบัติงาน โดยให้ผู้มีประสบการณ์ให้คำแนะนำและจูงใจผู้ปฏิบัติงานให้แก้ไขปัญหาในการทำงานและสอดคล้องกับการศึกษาของ เคอร์รี่และบราวน์⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาการตัดสินใจแก้ไขปัญหาภาวะระบบไหลเวียนไม่คงที่ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจตามการรับรู้ของพยาบาล พบว่า ประสบการณ์เดิมของพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยโรคเดิมซ้ำๆ จะมีส่วนในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาใน 2 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดหัวใจได้ดี แต่อย่างไรก็ดี พยาบาลส่วนใหญ่ยังต้องการผู้ให้คำปรึกษา อัตราตายลดลงส่วนหนึ่งเป็นผลจากการให้การดูแลด้วยพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ และประสบการณ์มากขึ้น ได้เรียนรู้การทำงานมากขึ้น ทำให้สามารถประเมินปัญหาวิกฤตได้รวดเร็ว และตัดสินใจแก้ไขปัญหาได้เหมาะสม สอดคล้องกับเพ็ญจันทร์แสนประสาน⁽¹²⁾ ที่กล่าวถึงสมรรถนะของพยาบาลเฉพาะทางโรคหัวใจ หลอดเลือดและทรวงอกว่า พยาบาลจำเป็นต้องมีทักษะ สามารถประเมินภาวะหัวใจหยุดเต้นรวมทั้งการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นและขั้นสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากเป็นภาวะวิกฤตในผู้ป่วยโรคหัวใจ หลอดเลือดและทรวงอกเกิดขึ้นได้อย่างฉับพลันทันด่วนที่อาจนำไปสู่ภาวะเสี่ยง และการเสียชีวิตเฉียบพลันได้ การศึกษาของ Hancock และ Easen⁽¹³⁾ พบว่า การตัดสินใจ

ของพยาบาลเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญในการถอดต่อช่วย-
หายใจโดยเร็วในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด การ
ถอดต่อช่วยหายใจได้สำเร็จโดยเร็วจะทำให้ผู้ป่วย
หลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดได้ฟื้นฟูกายได้เร็วขึ้น

ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการพัฒนา
รูปแบบทีมการพยาบาลเห็นด้วยในรูปแบบทีมการ
พยาบาลแบบที่ 3 มอบหมายแบบรายบุคคล แบ่ง 2 ทีม
มีหัวหน้าทีมแต่ละทีม ร่วมกับการ quick round เพราะ
ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะมากขึ้น สามารถปฏิบัติ-
การพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยซับซ้อนและผู้ป่วยที่ใช้
เครื่องมือพิเศษได้มากขึ้น พยาบาลวิชาชีพต้องปฏิบัติ-
การพยาบาลที่อาศัยองค์ความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ทั้ง
ในการดูแลผู้ป่วย และการช่วยทำหัตถการซับซ้อน เช่น
การช่วยใส่เครื่องพุงหัวใจ (IABP) การช่วยเปิดหัวใจ-
ฉกเงินข้างเตี้ย ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ต้องทำอย่างรวดเร็ว
เร่งด่วนเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วย การทำงานเป็นทีมร่วมกัน
ช่วยเหลือกัน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน ทำให้เกิด
บรรยากาศที่ท้าทาย พร้อมเรียนรู้ และการมีส่วนร่วม
ในการแลกเปลี่ยนความรู้กับแพทย์ทำให้เกิดความรู้
ต่อยอด พยาบาลวิชาชีพได้พัฒนาศักยภาพเพิ่มขึ้น
เรียนรู้การบริหารจัดการรูปแบบการทำงานเป็นทีมการ-
พยาบาล การทำงานเป็นทีมส่งเสริมการสื่อสารอย่าง
เปิดเผยภายในทีม ทำให้งานสำเร็จตามเป้าหมาย⁽¹⁴⁾
สอดคล้องกับฉันทนา หมอกเจริญพงศ์⁽¹⁵⁾ ที่กล่าวว่า
พยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้องต้องมีสัมพันธภาพที่ดี
มีการสื่อสาร และการจัดการในองค์กรที่ดีเพื่อป้องกัน
ความขัดแย้งภายในทีม เนื่องจากความขัดแย้งทำให้
บุคลากรไม่สบายใจ อาจลาออกจากงาน อันตรายของ
ความขัดแย้งพบว่า ร้อยละ 70.0 ที่มีผลกระทบต่อ
คุณภาพของการดูแล และร้อยละ 44.0 มีผลต่ออัตรา
การรอดชีวิตของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การพัฒนาารูปแบบทีมการพยาบาลสามารถใช้รูปแบบทีม
การพยาบาลทั้ง 3 รูปแบบไปใช้ในงานดูแลผู้ป่วย เพื่อ

คุณภาพการพยาบาลให้ผู้ป่วยได้รับบริการพยาบาลที่มี
คุณภาพ ผู้บริหารสามารถพัฒนารูปแบบทีมการพยาบาล
ตามบริบทของหน่วยงานที่มีการพัฒนาระบบบริการ และ
อัตรากำลังที่ไม่คงที่ของพยาบาลวิชาชีพอย่างเหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธชินราช
พิษณุโลก หัวหน้าพยาบาล ที่ให้โอกาสในการศึกษาวิจัย
และเผยแพร่ และทีมบุคลากรห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม
หัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
ทุกท่านที่ร่วมวางแผนพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย. สถิติผ่าตัด
หัวใจ (รพ.รัฐบาล) ในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2551
[สืบค้นเมื่อวันที่ 6 ก.ย. 2556]. แหล่งข้อมูล:[http://
www.thaists.org/news](http://www.thaists.org/news).
2. อภิรักษ์ เศรษฐ์เผ่าพันธุ์. การดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดหัวใจ
แบบเปิด. ใน: บดินทร์ ชวัญนิมิต, บรรณาธิการ. เวชบำบัด
วิกฤตสงขลานครินทร์. พิมพ์ครั้งที่ 1. สงขลา; ชานเมือง;
2551. หน้า 117-37.
3. โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. สถิติบริการผ่าตัดหัวใจ
แบบเปิด ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก.
สรุปรงานประจำปีงานห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจ
และทรวงอก. พิษณุโลก: โรงพยาบาลพุทธชินราช; 2556.
4. สมจิตต์ วงศ์สุวรรณศิริ, วารี วิมลชัยกุล, เพียงใจ เจริญ-
วิวัฒน์กุล, อารยา ประเสริฐชัย, ชฎาภรณ์ เปรมปราบอมร.
การพัฒนาารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจแบบบูรณาการ.
วารสารกองการพยาบาล 2549;33:39-60.
5. เรณู พุกบุญมี. รูปแบบระบบการพยาบาลเพื่อคุณภาพการ
ดูแล: จากอดีตสู่ปัจจุบัน. ใน: ฝ่ายการพยาบาล โรง-
พยาบาลจุฬาลงกรณ์. พัฒนาคูณภาพเรียงจ่าย สไตส์จุฬา.
กรุงเทพมหานคร: สุขุมวิทการพิมพ์; 2550. หน้า 269-
86.
6. บุญใจ ศรีสถิตนรากร. ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการ
องค์การพยาบาลในศตวรรษที่ 21. กรุงเทพมหานคร:
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.

7. วราภรณ์ พันธุ์มานะเจริญผล. การพัฒนารูปแบบการทำงานเป็นทีมทางการพยาบาลของหอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลพญาไท 2 . เอกสารประกอบการประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มสธ. ครั้งที่ 1; 26 ส.ค. 2554; [ขาดสถานที่ประชุม]. ม.ป.ท.; 2554.
8. ศศิธร แสงศร. ระบบพยาบาลเจ้าของใช้ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท [วิทยานิพนธ์-พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร; จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.
9. Kalisch B J, Curley M, Stefanov S. An Intervention to enhance nursing staff teamwork and engagement. J Nurs Adm 2007;37:77-84.
10. ศิริรัตน์ เลิศพุดมิกัญญา, บุปผาวลัย ศรีล้ำ, น้ำฝน ชัดจวง, นวรัตน์ สุทธิพงษ์. ผลของการพัฒนาการใช้มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตหลังผ่าตัดหัวใจต่อความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยหนัก ไอ.ซี.ยู สถาบันโรคทรวงอก. วารสารพยาบาลโรคทรวงอก 2555;23:55-63.
11. Currey J , Browne J. Haemodynamic instability after cardiac surgery: nurses' perceptions of clinical decision-making. J Clinical Nursing 2006;15:1081-90.
12. เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, ดวงกมล วัตราตุล, บุปผาวลัย ศรีล้ำ. ความปลอดภัยและ competency พยาบาล CVT. กรุงเทพมหานคร: สุขุมวิทการพิมพ์; 2551.
13. Hancock HC, Easen PR. The decision-making process of nurse when extubating patient follow cardiac surgery: an ethnographic study. Int Nursing Studies 2006; 43:693-705.
14. กัลยา ศุทธกิจไพบูลย์, เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย. ผลของรูปแบบการพัฒนาการทำงานเป็นทีมทางการพยาบาลตามแนวคิดของโรมิกต่อความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ. พุทธชินราชเวชสาร 2557;31:134-43.
15. ฉันทนา หมอกเจริญพงศ์. Conflicts and communication gaps in intensive care unit (Part 1). วารสารเวชบำบัดวิกฤต 2556;20:30.

Abstract: Effects of Nursing Team Development on Quality of Nursing Care in a Cardiovascular–Thoracic Surgical Intensive Care Unit

Nongluk Boonyia, M.N.S.

Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital, Phitsanulok Province

Journal of Health Science 2015;24:927–36.

The objective of this study was to evaluate the effects of nursing team development on the quality of nursing care in the cardiovascular–thoracic surgical intensive care unit of Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital, Phitsanulok Province, Thailand. The effects to be assessed were the mortality rate, the incidence of ventilator–associated pneumonia, and the opinions of nurses about the nursing team development. It was conducted as a mutual collaborative action research. Participants were 18 registered nurses working at the cardiovascular–thoracic surgical intensive care unit of the hospital during October 2010 to September 2013. The study process consisted of three steps: first, situation analysis to assess the current situation and the need to develop a nursing team; second, developing the nursing team through mutual collaboration; and third, evaluating the team development through participants’ opinion and treatment outcome data from patient’s medical records. Research instruments included nosocomial infection record form, demographic data of registered nurses, and records of participating nurses regarding the nursing team development. Quantitative data were analyzed by using frequency and percentage. Qualitative data were analyzed by using content analysis. As for the results, 3 different team patterns were sequentially organized. In 2011 the nursing team was organized by assigning as an individual case assignment with mentor (not included in personnel shift ratio). In 2012, the nursing team was formed by individual case assignment with incharge supervisors who were included in the personnel shift ratio. In 2013, individual case assignment was continued, and the nurses were divided into 2 teams. Each team had a leader performing quick round. The latest arrangement was found to be more efficient as observed by the improve in quality of nursing care in the unit. The mortality rate of patients decreased from 11.2 to 11.3, and 9.25 percent in 2011 – 2013, respectively. The incidence of ventilator–associated pneumonia dropped from 11.1 to 11.5, and 6.7 times per 1,000 ventilator days, respectively. The majority of nurses agreed with the third nursing arrangement because it provided opportunities of working together as a team. The results of this study suggested that participation to reflect the problem situation together will lead to an effective plan, which in turn can help to improve the effectiveness of the nursing system. This nursing team model should be widely applied in other similar settings.

Key words: patterns of nursing team; quality of nursing care