

*True success is not in the learning but
in its application to the benefit of mankind*
M. Soykha

สร้างงานวิจัยไม่ใช่เป็นเพียงเพื่อการเรียนรู้
แต่เพื่อการนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพประชาชน

ตัวอย่างประเด็นการวิจัยเชิงระบบการพยาบาล ของนักศึกษา

- ▶ บทพิสูจน์ว่า nurse led เพิ่มประสิทธิผลและความพึงพอใจในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ใช้ระบบบริการสุขภาพ
- ▶ การออกแบบนวัตกรรมระบบการพยาบาลครบวงจรสำหรับผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม
- ▶ การพัฒนาห้องคลอดเพื่อป้องกัน Sentinel cases
- ▶ Comprehensive care ที่ไต่ต่อการชะลอการเข้าสู่ระยะสุดท้ายของผู้ป่วยไตเรื้อรัง
- ▶ บูรณาการระบบการพยาบาล และทักษะชีวิตผู้ป่วยเพื่อลดความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว
- ▶ การสร้างระบบบริการและการจัดการทรัพยากรที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเข้าถึงการรักษา แบบประคับประคองตั้งแต่วินิจฉัยถึงระยะสุดท้าย
- ▶ การพยาบาลที่ใช้ Ecological model เพื่อชะลอความเสี่ยงในผู้สูงอายุ
- ▶ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นแล้วเป็นอีกต้องรู้ให้ได้ว่าระบบบริการพยาบาลที่ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหายขาดควรเป็นอย่างไร

เรามุ่ง Innovate ระบบการพยาบาล เพื่อสร้างประโยชน์กับประชาชนจำนวนมาก



แบ่งปันประสบการณ์นักศึกษาหลักสูตร D.N.S.

ผู้บริหาร...



“ ก่อนเรียนโทสัมพันธ์อาจารย์สองชั่วโมงครึ่ง ก่อนสมัครโทถามอีกหนึ่งชั่วโมง จะนำมาสร้างระบบการพยาบาลใหม่ในภาครัฐที่บริหารแบบเอกชน แน่ใจว่าไม่เสียเวลาเปล่า ไม่ได้เรียนแค่ได้ปริญญา หลักสูตรเป็นโมเดลใหม่ มีวิสัยทัศน์สร้างจุดเด่นของพยาบาลให้ทำงานเคียงบ่าเคียงไหล่กับทีมในสายตาประชาชนโดยใช้งานวิจัย ”

นักปฏิบัติ...

“ เป็นคนเก่งได้รับการยอมรับ ในวงการศึกษา วนแก้ปัญหามหาหลายปี เปิดดูหลักสูตรและวิชา “ปิ้ง” ทางออกที่จะสร้างคุณภาพงานได้ยั่งยืน รีบสมัคร ลืมดูว่าเรียนในเวลาพอสอบได้จึงแรงประโยชน์หน่วยงานเหนือประโยชน์ตนเอง ...ตั้งคณะกรรมการพิจารณาว่าหลักสูตรจะพัฒนาระบบการพยาบาลได้จริง?
...ผู้อำนวยการโรงพยาบาล บอกว่า หลักสูตรนี้ทำทางจะติดปีกให้คุณพัฒนางานได้ดีขึ้นอีก ผมให้ไป ”



อาจารย์...

“...รายวิชา ดูเปิดโลกทัศน์ จาก individual และ bedside ความรู้เดิมๆ ของเรายังไม่ตอบโจทย์เป็นการสอนของตัวเอง อยากเปลี่ยน mind set
...ผู้บริหารฝ่ายวิชาการของคณะฯโทรเช็คข้อมูลว่ามาเรียนแน่? เพราะวิชาแตกต่างจากที่เคยเห็น
...พวกเราภาษาอังกฤษส่วนใหญ่เกือบ 500 หลายนคนเลย 500 แต่ทุนไปเรียนเมืองนอกยาก
บางคนจบโทนอก
...หนึ่งปีสามเดือนสอบผ่านQE...ทำให้รู้ว่าอะไรคือ แก่น และอะไรคือภาระที่ของความรู้ เห็นหนทาง ตั้งหลักทำวิจัยระบบการพยาบาล เรื่องแรกในชีวิต ”



ติดต่อสอบถาม

หลักสูตรพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

โทร. 0-2441-5333 ต่อ 2542-2543 โทรสาร 0-2441-3258

www.ns.mahidol.ac.th



มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะพยาบาลศาสตร์

แนะนำหลักสูตร

พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต
Doctor of Nursing Science (D.N.S.)





ร.ศ. ๑๓๐

สมเด็จพระศรีพัชรินทราบรมราชินีนาถ ทรงวางรากฐานการพยาบาลไทย พระราชทานกำเนิดการพยาบาล และโรงเรียนพยาบาล

พระปณิธาน

...การพยาบาลนั้นไม่ใช่ว่าจะมีประโยชน์แต่การพยาบาลอย่างเดียว
ย่อมเป็นประโยชน์สำหรับปวงชาติและบ้านเมืองของเราด้วย...

ชื่อปริญญาและสาขาวิชา

พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต (พย.ด.)

Doctor of Nursing Science (D.N.S.)

ปรัชญาของหลักสูตร

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เชื่อว่าพยาบาลเป็นวิชาชีพชั้นนำทางสุขภาพ เป็นนักปฏิบัติการและ นักวิจัย มีส่วนสำคัญยิ่งในการพัฒนาสุขภาพของประชาชน ค้นหาปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชน ทั้งกลุ่มเสี่ยง กลุ่มที่เริ่มเป็นโรค และกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพ ในภาวะวิกฤตฉุกเฉิน และเรื้อรัง รวบรวม บูรณาการความรู้ ทั้งจากหลักฐานเชิงประจักษ์และประสบการณ์จากการปฏิบัติพยาบาลที่มีความชำนาญการ เพื่อสังเคราะห์ความรู้ พัฒนา งานวิจัย นำไปสู่การสร้างนวัตกรรมทางการแพทย์ และระบบ บริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และสังคม ตามหลักคุณธรรมจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพได้อย่างสมบูรณ์แบบและเป็นองค์รวม

วัตถุประสงค์ของหลักสูตร

ผลิตนักวิชาชีพและนักวิจัยชั้นนำทางสุขภาพ ที่มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์สูงทั้งทางวิชาการ และปฏิบัติการ มีความสามารถบูรณาการความรู้และประสบการณ์ทางคลินิกในการปฏิบัติการทางวิจัย และการใช้งานวิจัย ในการพัฒนาสุขภาพของประชาชน การสร้างนวัตกรรมทางการแพทย์และระบบบริการสุขภาพ แก่บุคคล ครอบครัว และสังคมอย่างทั่วถึง บนพื้นฐานของจริยธรรม คุณธรรม และจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะให้นักศึกษามีความรู้ความสามารถ ดังนี้

1. วิเคราะห์และจัดการปัญหาคุณธรรมจริยธรรมที่ซับซ้อนในระบบบริการทางการแพทย์และการวิจัย
2. สังเคราะห์ความรู้จากงานวิจัยเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติหรือนวัตกรรมทางการแพทย์และการบริการสุขภาพ ที่เพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรสุขภาพ และเพิ่มคุณภาพการบริการ
3. ออกแบบและดำเนินการโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการพยาบาลและสุขภาพ ร่วมกับเครือข่ายในวิชาชีพและระหว่างวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง
4. เผยแพร่ผลงานวิจัยและนวัตกรรมทางการแพทย์ในการแก้ปัญหาที่ซับซ้อน ส่งเสริมวิชาการในวิชาชีพและประชาชนทั่วไป ด้วยเทคโนโลยีที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ

คุณสมบัติผู้เข้าศึกษา

1. สำเร็จการศึกษาหลักสูตรปริญญาโททางการแพทย์ โดยได้แต้มระดับคะแนนเฉลี่ยสะสมไม่ต่ำกว่า 3.50
2. มีประสบการณ์การทำงานในหน่วยงานของภาครัฐ หรือเอกชนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพไม่น้อยกว่า 3 ปี
3. มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์จากสภาการพยาบาล และยังไม่หมดอายุ
4. ต้องมีผลการสอบภาษาอังกฤษผ่านตามเกณฑ์ (ดูรายละเอียด <http://www.grad.mahidol.ac.th>)
5. ผู้ที่มีคุณสมบัตินอกเหนือจากเกณฑ์ ข้อ 1 อาจได้รับการพิจารณาให้สมัครเข้ารับการศึกษาได้ ตามดุลยพินิจของประธานหลักสูตร และคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โครงสร้างหลักสูตร

หมวดวิชาบังคับ	9	หน่วยกิต
หมวดวิชาเลือก ไม่น้อยกว่า	3	หน่วยกิต
วิทยานิพนธ์	36	หน่วยกิต
รวม ไม่น้อยกว่า	48	หน่วยกิต

ประมาณการค่าใช้จ่ายตลอดหลักสูตร 150,000 บาท*

*ยังไม่รวมค่าใช้จ่ายในการจัดทำดุษฎีนิพนธ์ ค่าตำราและเอกสาร
*ค่าหน่วยกิตรายวิชา อาจเพิ่มได้กรณีมีการลงทะเบียนวิชาเลือกที่จำเป็นต้องศึกษาและอาจมีการเปลี่ยนแปลงตามที่มหาวิทยาลัยมหิดลกำหนด

แผนการศึกษา

ปีที่ 1 ภาคการศึกษาที่ 1 วิชาหลัก 3 วิชา

พยคร 661 ปรัชญาในการพัฒนาความรู้ทางการแพทย์และระบบสุขภาพ 3(3-0-6)

พยคร 662 ระบบบริการสุขภาพร่วมสมัย 3(3-0-6)

พยคร 638 การออกแบบการวิจัยทางการแพทย์และระบบสุขภาพขั้นสูง 3(3-0-6)

ปีที่ 1 ภาคการศึกษาที่ 2 วิชาหลัก 3 วิชา

พยคร 603 สถิติขั้นสูงทางการวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ 3(2-2-5)

พยคร 663 ปฏิบัติการความรู้ทางการแพทย์และระบบบริการสุขภาพ 3(0-12-3)

พยคร xxx วิชาเลือก 3(3-0-6)

(สามารถเลือกวิชาเรียนได้ตามความสมัครใจ)

ปีที่ 1 ภาคฤดูร้อน Qualifying examination

ปีที่ 2 ภาคการศึกษาที่ 1 สอบโครงร่างดุษฎีนิพนธ์

ปีที่ 3 ภาคการศึกษาที่ 2 สอบป้องกันดุษฎีนิพนธ์

ปีที่ 4 ภาคการศึกษาที่ 1-2 สอบป้องกันดุษฎีนิพนธ์

รายวิชา

หมวดวิชาบังคับ รายวิชาตามที่ปรากฏในแผนการศึกษา

หมวดวิชาเลือก (สามารถเลือกวิชาเรียนได้ตามสมัครใจ)

พยคร 525 สัมมนาการพัฒนานโยบายทางการแพทย์และสุขภาพ 3(3-0-6)

พยคร 664 วิทยาการระบาดทางระบบบริการสุขภาพ 3(3-0-6)

พยคร 665 เศรษฐศาสตร์ทางระบบบริการสุขภาพ 3(3-0-6)

พยคร 666 การวัดผลลัพธ์ทางระบบบริการสุขภาพและการพยาบาล 3(3-0-6)

พยคร 668 ปฏิบัติการความรู้ทางการแพทย์และการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 3(0-12-3)

พยคร 669 การวิจัยระบบบริการสุขภาพ 3(2-2-5)

ระยะเวลาการศึกษา

ตลอดหลักสูตร เป็นเวลา 4 ปี

ระบบการรับเข้าศึกษา

รับสมัครปีละ 3 รอบ รอบแรก เดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม รอบที่ 2 เดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ รอบที่ 3 เดือนมีนาคม-เมษายน รับนักศึกษาประมาณปีละ 10 คน (ดูรายละเอียดและสมัครได้ทางอินเทอร์เน็ต <http://www.grad.mahidol.ac.th>)



มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะพยาบาลศาสตร์



Doctor of Nursing Science (D.N.S.)

14 Dec 2023

Faculty of Nursing,
Mahidol University



3 เหตุผลที่ต้องเรียนหลักสูตร พย.ด (D.N.S)

- 1 อยากมองไกล มองกว้าง รู้เรื่อง รู้จริง เรื่องระบบสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ
- 2 อยากคิดเป็นระบบ รอบรู้การจัดการระบบบริการสุขภาพและการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ
- 3. อยากพัฒนาตนเอง ช่วยเหลือสังคม อยากให้ระบบสาธารณสุขของประเทศก้าวหน้า



เรียน พย.ด แล้วได้อะไร

- ทำวิจัยระบบสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพได้ (Health system research & Health service research)
- พัฒนาระบบบริการสุขภาพ และระบบการพยาบาลขององค์กร และหน่วยงานตนเองได้
- มองเห็นหนทางที่จะทำให้คนเข้าถึงบริการมากขึ้น การบริการครอบคลุม และผลลัพธ์การบริการ และสุขภาพของผู้ใช้บริการดีขึ้น

แบ่งปันประสบการณ์นักศึกษาหลักสูตร D.N.S.

ผู้บริหาร...



“ก่อนเรียนโทรสัมภาษณ์อาจารย์สองชั่วโมงครึ่ง ก่อนสมัคร
โทรถามอีกหนึ่งชั่วโมง จะนำมาสร้างระบบการพยาบาลใหม่
ในภาครัฐที่บริหารแบบเอกชน แน่ใจว่าไม่เสียเวลาเปล่า
ไม่ได้เรียนแค่ได้ปริญญา หลักสูตรเป็นโมเดลใหม่ มีวิสัยทัศน์
สร้างจุดเด่นของพยาบาลให้ทำงานเคียงบ่าเคียงไหล่กับทีม
ในสายตาประชาชนโดยใช้งานวิจัย”

นักปฏิบัติ...

“ เป็นคนเก่งได้รับการยอมรับ ในวงการฯ วนแก้ปัญหา
มาหลายปี เปิดดูหลักสูตรและวิชา “ปิ้ง” ทางออกที่
จะสร้างคุณภาพงานได้ยั่งยืน รีบสมัคร สันตว่าเรียนในเวลา
พอสอบได้วิ่งแข่งประโยชน์หน่วยงานเหนือประโยชน์
ตนเอง ...ตั้งคณะกรรมการพิจารณาว่าหลักสูตรจะพัฒนา
ระบบการพยาบาลได้จริง?

...ผู้อำนวยการโรงพยาบาล บอกว่า หลักสูตรนี้ท่าทาง
จะติดปีกให้คุณพัฒนางานได้ดีขึ้นอีก ผมให้ไป”



อาจารย์...

“...รายวิชา ตูเปิดโลกทัศน์ จาก individual และ bedside ความรู้เต็มๆ ของเรายังไม่ตอบโจทย์

....เพื่อการสอนของตัวเอง อยากเปลี่ยน mind set

....ผู้บริหารฝ่ายวิชาการของคณะฯโทรเช็คข้อมูลว่าน่าเรียนแน่? เพราะวิชาแตกต่างจากที่เคยเห็น

....พวกเราภาษาอังกฤษส่วนใหญ่เกือบ 500 หลายคนเลย 500 แต่ทุนไปเรียนเมืองนอกยาก

บางคนจบโทนอก

....หนึ่งปีสามเดือนสอบผ่านQE..ทำให้รู้ว่า
อะไร คือ แก่น และอะไร คือกระพี้ของ
ความรู้ เห็นหนทาง ตั้งหลักทำวิจัย
ระบบการพยาบาล เรื่องแรกในชีวิต ”



พว. สดุดี โรจนภิรมย์, DNS
ศิษย์เก่า หลักสูตรพยาบาลศาสตร
ดุขฎฐิบัณติต : รุ่นที่ 1

- ผู้ช่วยผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจุฬารณั
- ดูแลการจัดบริการและ facility management อาคาร 400 เตียง
- อดีตหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราชปิยมหาราชการุณย์





ผู้บริหาร โรงพยาบาลศิริราชปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) ปี 2012



จากซ้ายไปขวา ศาสตราจารย์ นายแพทย์กฤตย์
วิกรม ดุรงค์พิศิษฏ์กุล ศาสตราจารย์คลินิก
นายแพทย์ประดิษฐ์ ปัญจวีณิน ศาสตราจารย์
คลินิก นายแพทย์ธีรวัฒน์ กุลทนันทน์
ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์ปิยะสกล สกล
สัตยาทร ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์อุดม
คชินทร ศาสตราจารย์ นายแพทย์รัชตะ รัชตะ
นาวิณ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ชาญ ศรี
รัตนสถาพร และ คุณสดุดี ไรจนภิรมย์

ศิษย์เก่าหลักสูตรพยาบาลศาสตรดุษฎี

บัณฑิต : รุ่นที่ 3

พว. จันทนา จินาวงศ์, D.N.S

- รองหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
ด้านบริหารทรัพยากรบุคคลและ
สารสนเทศ
- โรงพยาบาลวชิระพยาบาล





หลักสูตร พย.ด มี 3 แผน

- แผน 1 : มีประสบการณ์ทำวิจัยมาแล้ว ทำวิทยานิพนธ์อย่างเดียว
- แผน 2 : เรียนภาคปกติ เรียนรายวิชา 2 ภาคการศึกษา และทำวิทยานิพนธ์ 2-3 ปี
- แผน 3 : Double degree DNS + Ph.D (Science & Education Technology) (international program) ได้สองปริญญา

ผลงานตีพิมพ์ของนักศึกษาในหลักสูตร

https://doi.org/10.1186/s12913-022-08250-5 BMC Health Services Research

RESEARCH Open Access

Determinants of continuing mental health service use among older persons diagnosed with depressive disorders in general hospitals: latent class analysis and GEE

Thida Mulalint¹, Acharaporn Seeharunwong^{2*}, Naporn Wanitkun³ and Sasima Tongsa⁴

Abstract
Background: Prevalence of depression in older persons was a leading cause of disability. This group has the lowest access to service and retention in care compared to other age groups. This study aimed to explore continuing mental health service use and examined the predictive power of the mental health service delivery system and individual factors on mental health service use among older persons diagnosed with depressive disorders.
Methods: We employed an analytic cross-sectional study design of individual and organizational variables in 12 general hospitals selected using multi-stratified sampling. There were 3 clusters comprising community hospitals, advanced and standard hospitals, and university hospitals. Participants in each group were 150 persons selected by purposive sampling. We included older persons with a first or recurring diagnosis of a depressive disorder in the last 6 to 12 months of the data collection date. Data at the individual level included socio-demographic characteristics, Charlson Comorbidity Index, Attitude toward Depression and its treatment, and perceived social support. Data at the organizational level had hospital level, nurse competency, nurse-patient ratio, and appointment reminders. Descriptive statistics, Pearson chi-square test, latent class analysis (LCA), and marginal logistic regression model using generalized estimating equation (GEE) were used to analyze the data.
Results: The continuing mental health service use among older persons diagnosed with depressive disorders was 54%. The latent class analysis of four variables in the mental health services delivery organization yielded distinct and interpretable findings in two groups: high and low resource organization. The marginal logistic multivariable regression model using GEE found that organizational group and attitude toward depression and its treatment were significantly associated with mental health service use (p -value = 0.046; p -value = 0.003).
Conclusions: The findings suggest that improving continuing mental health services use in older persons diagnosed with depressive disorders should emphasize specialty resources of the mental health services delivery system and attitude toward depression and its treatment.

*Correspondence: Acharaporn.see@mahidol.edu.
²Department of Mental Health and Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand
Full list of author information is available at the end of the article

BMC

© The Author(s) 2022. **Open Access** This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated in a credit line to the data.

Archives of Academic Emergency Medicine. 2022; 10(1): e30 OPEN ACCESS

ORIGINAL RESEARCH

Factors Associated with 24-Hour Clinical Outcome of Emergency Patients; a Cohort Study

Kannika Katsombon¹, Sriorn Sindhut^{2*}, Ketsarin Utriyaprasit², Chuklat Vwatwongkasem³

1. DNS candidate, Faculty of Nursing, Mahidol University, Thailand.
2. Department of Surgical Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University, Thailand.
3. Biostatistics Department, Faculty of Public Health, Mahidol University, Thailand.

Received: February 2022; Accepted: March 2022; Published online: 24 April 2022

Abstract: **Introduction:** Pre-hospital and in-hospital emergency management play an important role in quality of care for emergency patients. This prospective cohort study aimed to determine factors associated with the 24-hour clinical outcome of emergency patients. **Methods:** The sample included 1,630 patients, randomly selected through multi-stage stratified sampling from 13 hospitals in 13 provinces of Thailand. Data were collected during January–November 2018. Clinical outcome was determined using pre-arrest sign score. Data were analyzed via ordinal multivariate regression analysis. **Results:** Factors influencing 24-hour clinical outcome of emergency patients were age (OR: 0.965; 95% CI: 0.96–0.97), having coronary vascular disease (CAD) (OR: 1.41; 95% CI: 1.05–1.88), and severity of illness based on Rapid Emergency Medical Score (REMS) (OR: 1.09; 95% CI: 1.05–1.15). Self-transportation and being transported by emergency medical service ambulance with non-advanced life support (EMS-Non-ALS) did not influence clinical outcome when compared to EMS-ALS transport. Being transported from a community hospital increased pre-arrest sign score 1.78 times when compared to EMS-ALS (OR: 1.78; 95% CI: 1.17–2.72). Increased transportation distance increased the risk of poor clinical outcome (OR: 1.01; 95% CI: 1.002–1.011). Length of stay in emergency department (ED-LOS) more than 4 hours (OR: 0.21; 95% CI: 0.15–0.29) and between 2–4 hours (OR: 0.60; 95% CI: 0.47–0.75) decreased the risk of poor clinical outcome when compared to ED-LOS less than 2 hours. **Conclusion:** Having CAD, severity of illness, increased transport distance, and ED-LOS less than 2 hours were found to negatively influence 24-hour clinical outcome of emergency patients.

Keywords: Outcome assessment; health care; clinical decision rules; transportation of patients; patient care management; emergency treatment

Cite this article as: Katsombon K, Sindhut S, Utriyaprasit, Vwatwongkasem C. Factors Associated with 24-Hour Clinical Outcome of Emergency Patients; a Cohort Study. Arch Acad Emerg Med. 2022; 10(1): e30. <https://doi.org/10.22037/aem.v10i1.1580>.

1. Introduction

Pre-hospital emergency medical events are often associated with adverse clinical outcomes such as death or cardiopulmonary arrest. In Bulgaria, overall mortality rate of emergency patients treated in emergency department (ED) was 2.4/100,000 and 70.9% of deaths happened within 2.3 hour after arrival (1). In Switzerland, the incidence of death in the emergency department (ED) was 2.6/1,000 (2). Patient-related factors, health provider-related factors and health service-related factors have been reported to affect immediate and intermediate outcomes of emergency services. Age is one of the patient-related factors that contributes to mortality of emergency patients (1, 3). Other patient-related factors contributing to mortality among emergency patients include poverty and late arrival to the hospital (1). Emergency medical service (EMS) systems play a very important role in improving the survival rates. Pre-hospital transport time and distance has been found to influence emergency medical service outcomes (4–6). The roles of mode of transportation to ED on outcomes of emergency patients have been examined in previous studies. In France, no significant association between mode of transportation and all-cause 30-day mortality was noted (4, 7). International literature reported conflicting results on effects of length of ED

Smithnaraseth et al. BMC Psychiatry (2020) 20:592 <https://doi.org/10.1186/s12888-020-03001-4> BMC Psychiatry

RESEARCH ARTICLE Open Access

Hospital and patient factors influencing the health status among patients with schizophrenia, thirty days after hospital discharge: multi-level analysis

Anantree Smithnaraseth¹, Acharaporn Seeharunwong^{2*}, Rungnapa Panitrat³ and Mathuros Tipayamongkolgul⁴

Abstract
Background: The time between discharge from hospital and transition to community and home is a critical period for health status among patients with a mental illness, including patients with schizophrenia. This study aimed to investigate crucial patient factors (patient-level) and hospital factors (hospital-level) affecting health status and see whether patient factor effects on health status vary with hospital factors, 30 days after hospital discharge.
Methods: This is a prospective study of 1255 patients with schizophrenia and their primary caregivers from 13 public mental hospitals across Thailand. Logistic regression and multi-level logistic regression was used to investigate the effects of patient and hospital factors simultaneously on health status, 30 days after hospital discharge.
Results: The intraclass correlation coefficient indicated that 14% of the change in health status was explained by the differences between hospital. Poor health status was identified in 14.26% of patients, 30 days after hospital discharge. The majority of participant patients were male (69.8%), single (71.87%), and the average age was 38.09 (SD = 9.74). The finding also showed that the patient factors: being female (OR_{adj} = 53, 95%CI 31, 92), perceived moderate and high levels of positive aspect of caregiving (OR_{adj} = 24, 95%CI 14, 42 and OR_{adj} = 05, 95%CI 02, 09), perceived readiness for hospital discharge (OR_{adj} = 21, 95%CI 13, 33), partial and full adherence to treatment (OR_{adj} = 24, 95%CI 14, 42 and OR_{adj} = 31, 95%CI 20, 47) showed a reduced likelihood of developing poor health status except substance use (OR_{adj} = 1.55, 95%CI 08, 244). Hospital factors: discharge planning process and nurse-patient ratio (OR_{adj} = 1.64, 95%CI 1.17, 2.30 and OR_{adj} = 1.16, 95%CI 1.09, 1.22) showed an increased likelihood of developing poor health status, 30 days after hospital discharge.
Conclusions: Findings provide relevant information on how both patient and hospital factors determine health status. These results might lead to better targeting of mental health service policy and enable more precise information gathering and allocation of resources. However, future research should be more focused and continue investigating the pathways through which hospital factors influence health status post-discharge.
Keywords: Schizophrenia, Health status, Post-discharge, HoNOS, Multi-level logistic regression

*Correspondence: acharaporn.see@mahidol.edu.
²Department of Mental Health and Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University, 99 Phrasarabunthorn 4 Road, Salaya, Nakhon Pathom 7317, Thailand
Full list of author information is available at the end of the article

BMC

© The Author(s) 2020. **Open Access** This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated in a credit line to the data.

ผลงานตีพิมพ์ของนักศึกษา

[Home](#) > [Ageing International](#) > [Article](#)

Re-attendance at Emergency Department for Elderly Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease Exacerbation

Published: [13 October 2020](#) | **46**, 437–452 (2021)



[Ageing International](#)

[Aims and scope](#) →

[Submit manuscript](#) →

ผลงานตีพิมพ์ของนักศึกษาในหลักสูตรฯ

Archives of Academic Emergency Medicine. 2020; 8(1): e65

ORIGINAL RESEARCH

Incidence and Risk Factors of Clinical Deterioration during Inter-Facility Transfer of Critically Ill Patients; a Cohort Study

Kannapatch Srithong¹, Srirom Sindhua^{2*}, Napaporn Wanitku³, Chukiat Vivatwongkasem⁴

1. DNS candidate, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University, Thailand.
2. RN, PhD, Associate Professor, Department of Surgical nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University, Thailand.
3. RN, PhD, Assistant Professor, Department of Surgical nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University, Thailand.
4. PhD, Associate Professor, Biostatistics Department, Faculty of Public Health, Mahidol University, Thailand.

Received: June 2020; Accepted: June 2020; Published online: 4 July 2020

Abstract: **Introduction:** Critically ill and injured patients are at a higher risk of developing clinical deterioration during inter-facility transfers. This study aimed to determine the incidence rate and risk factors of clinical deterioration among critically ill patients during inter-facility transfers in Thailand. **Methods:** The present cohort study was conducted in 22 referring hospitals and 7 receiving hospitals under the supervision of Ministry of Public Health, Thailand, between March 15 and December 31, 2018. The subjects were comprised of 839 critically ill patients aged 18 and over, 63 coordinator nurses in referral centers, and 312 referral team leaders. Data collected included pre-transfer risk score, clinical data of patient during transfer, characteristics of referral team leader, ambulance type, preparation time, time to definitive care, transfer distance, and National Early Warning score (NEWS) (clinical deterioration). Multilevel mixed-effects regression analysis was performed. **Results:** The incidence rate of clinical deterioration was 28.69%. The most common types of clinical deterioration were hemodynamic instability, respiratory instability, and neurological alteration. Time between 31-45 minutes was significantly associated with clinical deterioration (β 0.133, P value 0.027). The following illnesses were associated with higher probability of clinical deterioration: body region injuries/head injury/burn/ingested poison (β 0.670, P value 0.030), respiratory distress/convulsion (β 0.919, P value 0.001), shock/ arrhythmias/chest pain/hemorrhage (β 1.134, P value <0.001), coma/loss/altered level of consciousness/syncope (β 1.241, P value <0.001), and post-cardiac arrest (β 2.251, P value <0.001). Patients with unstable conditions (β 1.689, P value 0.001) and pre-transfer risk score of 8 or higher (β 0.625, P value 0.001) had a higher rate of deterioration. Transfer by non-emergency room (ER) nurses (β 0.495, P value 0.008) and transportation in a mobile intensive care unit (ICU) were associated with a higher rate of deterioration (β 0.948, P value 0.001). **Conclusion:** The incidence of clinical deterioration during inter-facility transfer in Thailand was high. Illnesses involving circulatory, respiratory, and neurological systems, clinical instability, high pre-transfer risk score, transport time of 31-45 minutes, transportation by non-ER nurse, and mobile ICU were associated with a higher rate of clinical deterioration.

Keywords: Patient transfer; critical illness; clinical deterioration; Thailand

Cite this article as: Srithong K, Sindhua S, Wanitku N, Vivatwongkasem Ch. Incidence and Risk Factors of Clinical Deterioration during Inter-Facility Transfer of Critically Ill Patients: a Cohort Study. Arch Acad Emerg Med. 2020; 8(1): e65.

1. Introduction

Clinical deterioration, including cardiac arrest, can occur during inter-facility transfer of critically ill patients. Recent evidence on the incidence rate of clinical deterioration during inter-facility transfer is quite limited. Two studies conducted in the Netherlands reported incidence rates between 15.2-24.5% (1, 2). Two studies in Canada and Saudi Arabia reported the incidence rates of 6.5% and 13.6%, respectively.

*Corresponding Author: Srirom Sindhua, Faculty of Nursing, Mahidol University Bangkok, Thailand, No. 2 Wang Lang Road, Wang Lang, Bangkok, Bangkok 10710, Thailand, Email: srirom.sindhua@mahidol.ac.th, Phone: +668-3817-0000, Fax: +662-412-8415.

This open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution NonCommercial 3.0 License (CC BY-NC 3.0). Downloaded from: <http://journal.ahsm.ac.th/raem>

Chojiguro et al. BMC Health Services Research (2019) 19:448

BMC Health Services Research

RESEARCH ARTICLE

Factors associated with access to health services and quality of life in knee osteoarthritis patients: a multilevel cross-sectional study

Silwan Chojiguro^{1,2*}, Silom Sindhua³, Ketsarin Uthayaprasit⁴ and Chukiat Vivatwongkasem⁵

Abstract

Background: The main purpose of health service systems is to improve patients' quality of life (QoL) and to ensure equitable access to health services. However, in reality, nearly half of knee osteoarthritis (OA) patients present to the health system do not have access to health services, and their QoL remains poor. These circumstances raise important questions about what (if any) factors can improve health care accessibility and QoL for knee OA patients.

Methods: A multicenter, cross-sectional survey was performed with 618 knee OA patients who received care at 16 hospitals in Thailand. Structural equation modeling (SEM) was conducted to investigate the association of health service factors and patient factors with access to health services and QoL.

Results: The QoL of knee OA patients was very poor (mean score = 33.8). Only 21% of the knee OA patients found it easy to obtain medical care when needed. Approximately 39.4% of them were able to access appropriate interventions before being referred for knee replacement. More than 85% of orthopedic health services had implemented chronic disease management (CDM) policy into practice. However, the implementation was basic, with an average score of 5.9 (SEM showed that QoL was determined by both health system factors ($\beta = -10, p = .01$) and patient factors ($\beta = -29, p = .00$ for self-management and $\beta = -40, p = .00$ for disease factor). Access to health services was determined by self-management ($\beta = -10, p = .01$), but it was not significantly associated with QoL ($\beta = .00, p = 1.0$).

Conclusions: This study provides compelling information about self-management, access to health services and QoL. From the individual and health service system perspectives. Furthermore, it identifies a need to develop health services that are better attuned to the patient's background, such as socioeconomic status, disease severity, and self-management skills.

Keywords: Health service system, Osteoarthritis, Chronic disease management, Quality of life, Access, Self-management

Background

In large epidemiology studies, osteoarthritis (OA) has been reported as a major common cause of extremely poor quality of life (QoL) for hundreds of millions of adults of all ages worldwide [1]. The QoL of knee OA patients was found to be almost 50% lower than that of non-OA patients [2], and patients with end-stage OA reported a health state equal to or worse than that of patients with other chronic diseases [3]. OA has all the hallmarks of a harmful condition. It has been found to have the fourth greatest impact on the overall health of the world population in terms of both death and disability [4], highlighting the need for health system reforms. In 2000, a worldwide campaign called the "Bone and Joint Decade" was launched to address this burden [5, 6]. Additionally, the Institute of Medicine (IOM) has advocated the Chronic Disease Management (CDM) policy to redesign the health service system at all levels [7, 8]. Since then, many countries, including Thailand, have established

*Correspondence: silwan.chojiguro@mahidol.ac.th

¹Mahidol University, Faculty of Nursing, Wang Lang Road, Siriraj, Bangkok, Bangkok 10710, Thailand

Full list of author information is available at the end of the article

© The Author(s). 2019 **Open Access** This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons license, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons license and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>. Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated.

Prapavichai et al. BMC Pregnancy and Childbirth (2020) 20:172

BMC Pregnancy and Childbirth

RESEARCH ARTICLE

Maternal and health service predictors of postpartum hemorrhage across 14 district, general and regional hospitals in Thailand

Phat Prapavichai¹, Anepon Ratthorn^{2*}, Ketarin Uthayaprasit³ and Chukiat Vivatwongkasem⁴

Abstract

Background: Postpartum hemorrhage (PPH) is a preventable complication, however, it remains being the leading cause of maternal mortality and morbidity worldwide including Thailand.

Methods: A case-control study to examine the risk factors associated with PPH across the hospitals under the Ministry of Public Health in Thailand, was conducted. A total of 1632 patient birth records and hospital profiles, including human and physical resources from 14 hospitals were obtained. A multiple logistic regression was used identifying the factors that are significantly associated with PPH.

Results: The results show that the rate of PPH varied across the hospitals ranging from 1.4 to 10.6%. Women with past history of PPH were more likely to have increased risk of having PPH by 1037 times (95% CI 2.27,53.03) compared to those who did not. The odds of PPH was higher in district and general hospitals by 14 (95% CI 3.95, 50.04) and 7 (95% CI 2.27,23.27) times respectively, compared to regional hospitals. The hospitals which had inadequate nurse midwife to patient ratio (OR 2.31 (95% CI 1.06,4.92), lacked nurse midwives with working experience of 6-10 years (OR 2.35, 95% CI 1.41,3.92), as well as inadequate equipment and supplies for emergency obstetric care (OR 6.43, 95% CI 1.93,21.63), had significantly higher incidence of having PPH, respectively.

Conclusions: This study provides interesting information that the rate of PPH varies across the hospitals in Thailand, in particular where essential nurse midwives, equipment, and supplies are limited. Therefore, improving health care services by allocating sufficient human and physical resources would contribute to significantly reduce this complication.

Keywords: Postpartum hemorrhage, Risk factors of postpartum hemorrhage, Intrapartum care, Complication after delivery

Background

Postpartum hemorrhage (PPH) is a leading cause of maternal mortality and morbidity worldwide [1]. The incidence of PPH varies worldwide, with the highest rates found in low-income countries [2], and with rates varying from 1.5% to 22.0% [3]. In Thailand, previous research studies revealed the rates of PPH range from 2.4% [4] to 4.35% [5]. Moreover, in the year 2016, the Ministry of Public Health (MOPH) of Thailand pointed out that some health systems reported maternal deaths caused by PPH up to 50%. Although the MOPH has clearly stated in its national policy that the rate of postpartum hemorrhage should be less than 2.0%, this complication still remains across the hospitals throughout the country. Therefore, identifying the risk factors of

*Correspondence: anepon.ratthorn@mahidol.ac.th

¹Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10710, Thailand

Full list of author information is available at the end of the article

© The Author(s). 2020 **Open Access** This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons license, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons license and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>. Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated in a credit line to the data.

ติดต่อสอบถาม

หลักสูตรพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

โทร. 0-2441-5333 ต่อ 2542-2543 โทรสาร 0-2441-3258

www.ns.mahidol.ac.th