

การพัฒนาระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ
โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

นางสาววรรณิภา เจริญศรี

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2562

Development of a Nursing Service System
at an Observation Unit in Phrachomklao Hospital,
Phetchaburi Province

Miss Wannipha Charoensri



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Administration

School of Nursing

Sukhothai Thammathirat Open University

2019

หัวข้อวิทยานิพนธ์ การพัฒนาระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า
จังหวัดเพชรบุรี

ชื่อและนามสกุล นางสาววรรณิภา เจริญศรี

แขนงวิชา การบริหารการพยาบาล

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

อาจารย์ที่ปรึกษา 1. ศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิริธรรังศรี
2. อาจารย์ ดร.จุไรรัตน์ ดวงจันทร์

วิทยานิพนธ์นี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 31 สิงหาคม 2563

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล)



..... กรรมการ
(ศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิริธรรังศรี)



..... กรรมการ
(อาจารย์ ดร.จุไรรัตน์ ดวงจันทร์)



..... ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร.สมพร พุทธาพิทักษ์ผล)



ชื่อวิทยานิพนธ์ การพัฒนาระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า
จังหวัดเพชรบุรี

ผู้วิจัย นางสาววรรณิภา เจริญศรี รหัสประจำตัว 2605100334 **ปริญญา** พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
(การบริหารการพยาบาล) **อาจารย์ที่ปรึกษา** (1) ศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิริธรรังศรี (2) อาจารย์
ดร.จุไรรัตน์ ดวงจันทร์ **ปีการศึกษา** 2562

บทคัดย่อ

การวิจัยพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) วิเคราะห์สถานการณ์และแนวทางการให้บริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี 2) สร้างระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ และ 3) ประเมินความเหมาะสมของระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการที่พัฒนาขึ้น

ผู้ให้ข้อมูลคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการสำหรับการวิเคราะห์สภาพการณ์ จำนวน 9 คน และ 6 คน ตามลำดับ และผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 คน สำหรับประเมินความเหมาะสมของระบบที่พัฒนาขึ้น เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และแบบประเมินความเหมาะสมของระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการที่พัฒนาขึ้น ประยุกต์จากแนวคิด AGREE II ฉบับภาษาไทย 2556 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และสถิติพรรณนา

ผลการวิจัย (1) การให้บริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการพบว่ามีประเด็นปัญหาทั้งด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ (2) ระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการที่พัฒนาขึ้นมีองค์ประกอบ 3 ด้าน ดังนี้ 1) โครงสร้าง ได้แก่ การจัดแบ่งพื้นที่ให้เหมาะสมและปลอดภัย อัตรากำลังที่เพียงพอและมีสมรรถนะเหมาะสม วัสดุอุปกรณ์เพื่อบำบัดรักษามีเพียงพอและบุคลากรมีความชำนาญ 2) กระบวนการ ได้แก่ มีเกณฑ์มาตรฐานในการรับ/ย้ายผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลง ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล และมีการบันทึกทางการพยาบาล มีการสื่อสารทางการพยาบาลกับทีมการพยาบาล ทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้รับบริการ และบริหารความเสี่ยงในหน่วยงานอย่างมีประสิทธิภาพ 3) ผลลัพธ์ ได้แก่ ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร คุณภาพการบริการพยาบาล และความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ และ (3) ระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม โดยรวม ร้อยละ 88.49

คำสำคัญ ระบบบริการพยาบาล การพัฒนาระบบ หน่วยสังเกตอาการ

Thesis title: Development of a Nursing Service System at an Observation Unit in Phrachomklao Hospital, Phetchaburi Province

Researcher: Miss Wannipha Charoensri; **ID:** 2605100334; **Degree:** Master of Nursing Science (Nursing Administration); **Thesis advisors:** (1) Dr.Boontip Siritharungsri, Professor; (2) Dr.Churairat Duangchan; **Academic year:** 2019

Abstract

The purposes of this descriptive research were: 1) to analyze the situation and guidelines for nursing service at the Observation Unit in Phrachomklao Hospital, Phetchaburi Province; 2) to develop a nursing service system for the Observation Unit; and 3) to evaluate the appropriateness of the developed nursing service system.

The key informants were selected by purposive sampling, including nine service providers and six clients for the situational analysis, and seven experts for evaluating the appropriateness of the developed nursing service system for the observation unit. The research tools were a semi-structured interview form and an evaluation form about the appropriateness of the developed nursing service system based on the Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II (AGREE II). The data were analyzed by descriptive statistics and content analysis.

The research findings were as follows: 1) Investigation of the situation and process for nursing service at the observation unit revealed some problems in terms of structure, process, and outcome. 2) The developed nursing service system is composed of 3 components. (1) The structure requires appropriate and safe area, adequate manpower and optimal performance, and sufficient supplies and equipment. (2) The process includes standard guidelines for admitting and referring patients with worsening symptoms; provision of care using the nursing process and nursing record keeping; efficient communication with the nursing team, multidisciplinary teams, and clients; and efficient risk management. 3) Outcomes consisted of safety of patients and personnel, nursing service quality and satisfaction of clients and health care providers. 3) The nursing service system developed for implementation at the Observation Unit in Phrachomklao Hospital was rated as appropriate (88.49 %).

Keywords: Nursing service system, System development, Observation unit

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยความสำเร็จจากความกรุณาจากคณาจารย์ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ทางการบริหารการพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิริธรงค์ศรี อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ที่กรุณาให้คำปรึกษา คำแนะนำแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเมตตา เอาใจใส่และให้กำลังใจศิษย์เสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งถึงพระคุณของครู จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.จุไรรัตน์ ดวงจันทร์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่ได้ให้คำปรึกษาและคำแนะนำในการแก้ปัญหาระหว่างการดำเนินวิจัยจนผ่านพ้นไปด้วยดี ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ให้คำแนะนำเพิ่มเติม ข้อบกพร่องต่าง ๆ และที่สำคัญขอขอบพระคุณกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักทุกท่าน ที่เสียสละเวลาอันมีค่า และให้ความร่วมมืออย่างเต็มที่ ในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการทำงานวิจัยฉบับนี้ ขอขอบพระคุณหัวหน้างานและทีมพยาบาลผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ทุกท่านที่คอยช่วยเหลือส่งเสริมและสนับสนุนผู้วิจัย จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ ขอขอบคุณเพื่อนปริญญาโทสาขาบริหารการพยาบาล รุ่นที่ 12 และทีมจุดสามจุดที่คอยช่วยเหลือ และให้กำลังใจ

ขอขอบพระคุณพ่อและแม่ ตลอดจนสมาชิกทุกคนในครอบครัว สำหรับการสนับสนุนในทุกกิจกรรม ให้กำลังใจและเสริมพลังบวกทำให้ผู้วิจัยก้าวผ่านอุปสรรค จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จอย่างที่ตั้งใจ ท้ายที่สุดคุณค่าและประโยชน์ที่เกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูกตเวทิตาแด่บูรพาจารย์ พ่อและแม่ที่ให้เป็นผู้มีการศึกษาและประสบความสำเร็จมาจนตราบเท่าทุกวันนี้

วรรณิภา เจริญศรี

สิงหาคม 2563

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	4
กรอบแนวคิดในการวิจัย	4
ขอบเขตการวิจัย	7
นิยามศัพท์เฉพาะ	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	8
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	9
แนวคิดเกี่ยวกับหน่วยสังเกตอาการ	9
การให้บริการของหน่วยสังเกตอาการ โรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี.....	18
แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการพยาบาล.....	25
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	41
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	46
ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์และแนวทางการให้บริการพยาบาลหน่วย สังเกตอาการ	46
ระยะที่ 2 สร้างระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ.....	54
ระยะที่ 3 ประเมินความเหมาะสมของระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ ที่สร้างขึ้น	55
การพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง.....	59
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	61
ตอนที่ 1 สถานการณ์และแนวทางการให้บริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี.....	61

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ตอนที่ 2 ร่างระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี.....	71
ตอนที่ 3 ความเหมาะสมของระบบบริการหน่วยสังเกตอาการที่พัฒนาขึ้น.....	85
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	93
สรุปการวิจัย	93
อภิปรายผล	97
ข้อเสนอแนะ	102
ข้อจำกัดในการวิจัย	103
บรรณานุกรม	104
ภาคผนวก	112
ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	113
ข จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์.....	115
ค ตัวอย่างประเด็นคำถามในการสัมภาษณ์ผู้ให้และผู้รับบริการ.....	118
ง ตัวอย่างแบบประเมินความเหมาะสมของระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ.....	125
จ ตัวอย่างการตรวจความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity) จาก ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน.....	127
ประวัติผู้วิจัย	130

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2.1 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่รับบริการในหน่วยสังเกตอาการตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2558-ปี 2561..	24
ตารางที่ 4.1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้ให้บริการจำแนกตามเพศ อายุระดับการศึกษาสูงสุด และลักษณะการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการ.....	62
ตารางที่ 4.2 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้ให้บริการจำแนกตาม เพศ อายุระดับการศึกษาสูงสุดและลักษณะการปฏิบัติงานของผู้รับบริการ(n=6).....	63
ตารางที่ 4.3 องค์ประกอบด้านโครงสร้างเดิมและเสนอให้พัฒนา.....	73
ตารางที่ 4.4 องค์ประกอบด้านกระบวนการเดิมและเสนอให้พัฒนา	77
ตารางที่ 4.5 องค์ประกอบด้านผลลัพธ์เดิมและเสนอให้พัฒนา.....	84
ตารางที่ 4.6 คะแนนความเหมาะสมของระบบการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ โรงพยาบาล พระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำแนกตามความคิดเห็นผู้ประเมิน.....	87
ตารางที่ 4.7 คะแนนความเหมาะสมของระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ โรงพยาบาล พระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี แสดงค่าเป็นร้อยละจำแนกแต่ละมิติและประผู้ประเมิน โดยรวมทั้ง 6 มิติ.....	90



ญ

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย	6
ภาพที่ 2.1 แผนภาพแสดงการรับ/ย้ายผู้ป่วยหน่วยสังเกตอาการ.....	21
ภาพที่ 3.1 ขั้นตอนการพัฒนาระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี.....	60
ภาพที่ 4.1 ร่างระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี.....	64
ภาพที่ 4.2 ร่างระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ที่สมบูรณ์	92



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบริการพยาบาลเป็นระบบที่ทำหน้าที่เพื่อให้เกิดการบริการพยาบาล ในสถานบริการทางด้านสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน ซึ่งครอบคลุมการบริการตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ (พูลสุข หิงคานนท์, 2559) ตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ต้องมีพยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบบริหารจัดการทีมพยาบาล มีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานตลอด 24 ชั่วโมงในหน่วยบริการ มีการจัดสรรอัตรากำลังในหน่วยบริการให้เหมาะสมตามภาระงาน มีคู่มือ/วิธีปฏิบัติทางการพยาบาลที่จำเป็น จัดพื้นที่ใช้สอยในหน่วยบริการแยกเป็นสัดส่วน สะดวกต่อการดูแลผู้ป่วย มีการจัดเก็บอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ต่าง ๆ และเวชภัณฑ์เป็นระเบียบสามารถหยิบใช้ได้ง่าย มีระบบการค้นหาและเฝ้าระวังความเสี่ยงทางการพยาบาล มีการประเมินสภาพผู้รับบริการตั้งแต่แรกรับทั้งกาย จิต สังคม และประเมินอย่างต่อเนื่อง มีการบันทึกการพยาบาลทหุรอบการปฏิบัติงานตลอด 24 ชั่วโมง มีระบบหรือวิธีการรักษาความปลอดภัย มีระบบควบคุมป้องกันการติดเชื้อในหอผู้ป่วย (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2563) เพื่อการบริการพยาบาลที่ถูกต้อง เหมาะสมเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด และสอดคล้องกับความต้องการหรือความคาดหวังของผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาล (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ และอารี ชิวเกษมสุข, 2555)

เพื่อให้ระบบบริการพยาบาลในสถานบริการสุขภาพมีคุณภาพ สภาการพยาบาลซึ่งมีบทบาทโดยตรงต่อการคุ้มครองประชาชนผู้ใช้บริการ ได้จัดทำมาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์เพื่อให้ประชาชนได้รับรู้ และผู้ประกอบการวิชาชีพด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์นำไปปฏิบัติโดยทั่วกัน (ลดาวัลย์ รวมเมฆ, พัทยา แก้วสาร, และศิริรัตน์ จูมจะนะ, 2559) สถานบริการสุขภาพและโรงพยาบาลต่าง ๆ จึงได้นำมาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง มาตรฐานการพยาบาล พ.ศ.2562, 2562) รวมถึงการนำมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาลของสำนักการพยาบาล (ธัญรดี จิรสินธิปก, เพียงใจ เจริญวิวัฒน์กุล, สุวิภา นิตยางกูร, สมจิตต์ วงศ์สุวรรณศิริ, และสารา วงษ์เจริญ, 2551) มาใช้เป็นแนวในการปฏิบัติของพยาบาล และนำมาตรฐานของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) มาใช้ในการพัฒนาและประเมินคุณภาพของโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการพยาบาลที่ถูกต้องเป็นไปตามมาตรฐาน เกิดความปลอดภัย และสามารถส่งมอบคุณค่าที่ผู้รับบริการต้องการภายใต้บริบทของสถานบริการสุขภาพนั้น ๆ (พูลสุข หิงคานนท์, 2557; สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์การมหาชน, 2561ก)

หน่วยสังเกตอาการของโรงพยาบาล เป็นหน่วยที่ให้บริการพยาบาลผู้ป่วยในของแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล โดยมีเป้าหมายเพื่อลดความแออัดในห้องฉุกเฉินและในหอผู้ป่วย (ชาติชาย คล้ายสุบรรณ, 2561) จากการศึกษาในสหรัฐอเมริกาปี 2006 มีผู้ป่วยรับไว้ดูแลที่หน่วยสังเกตอาการระยะสั้น 3% และเพิ่มเป็น 8% ในปี 2011 (Napolitano, & Saini, 2014) ซึ่งหน่วยสังเกตอาการสามารถลดความแออัดในหอผู้ป่วย ลดวันนอน และลดค่าใช้จ่ายในสถานพยาบาลลงได้ (Ross, Hockenberry, Mutter, Barrett, Wheatley, & Pitts, 2013) ลักษณะการบริการหน่วยสังเกตอาการระยะสั้น (Observational Unit) เป็นการบริการพยาบาลผู้ป่วยในของแผนกฉุกเฉิน หรือตามข้อตกลงร่วมกันในสถานพยาบาล โดยรับผู้ป่วยจากแผนกฉุกเฉินหรือแผนกผู้ป่วยนอก ประเภทผู้ป่วยที่แพทย์มีความเห็นว่าจะไม่ปลอดภัยที่จะให้กลับบ้าน แต่ไม่รุนแรงถึงขั้นต้องรับเข้าดูแลในหอผู้ป่วยใน ด้านโครงสร้างมีสถานที่ตั้งแยกเฉพาะออกจากห้องฉุกเฉินเพื่อดูแลผู้ป่วย มีพยาบาลเฉพาะของหน่วยสังเกตอาการที่มีความรู้และทักษะเพื่อให้การดูแลผู้ป่วย มีอุปกรณ์เครื่องมือที่เหมาะสม มีการกำหนดเกณฑ์สำหรับการรับผู้ป่วยเข้าในหน่วยและการจำหน่าย มีเกณฑ์การ admit เป็นผู้ป่วยใน รวมถึงกำหนดระยะเวลาวันนอนในหน่วยสังเกตอาการ ถ้าผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้นจะ admit เป็นผู้ป่วยใน ระยะเวลาวันนอนต้องอยู่ภายในเวลา 24 ถึง 72 ชั่วโมง หรือขึ้นอยู่กับข้อกำหนดของสถานพยาบาล โดยมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน และมีกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการตามมาตรฐานที่กำหนด (Ross et al., 2012; 2013; American College of Emergency Physicians, 2015; ชาติชาย คล้ายสุบรรณ, 2561)

สำหรับโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จัดตั้งหน่วยสังเกตอาการเพื่อรองรับผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีจำนวนเพิ่มขึ้น มีการปรับพื้นที่และตั้งหน่วยสังเกตอาการในหอผู้ป่วยจักษุ โสต คอ นาสิก จำนวน 10 เตียง โดยมีเป้าหมายให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยจักษุ โสต คอ นาสิก เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสังเกตอาการในเวลานอกราชการ ซึ่งเป็นการบริหารอัตรากำลังพยาบาลเพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับภาระงานของบุคลากร และเป็นการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าคุ้มทุน เนื่องจากหอผู้ป่วยจักษุ โสต คอ นาสิก มีอัตราครองเตียงน้อยกว่าร้อยละ 50 ด้านการเตรียมความพร้อมด้านสมรรถนะพยาบาลของหอผู้ป่วยจักษุ โสต คอ นาสิก ใช้วิธีการฝึกอบรมในขณะปฏิบัติงาน (on the job training) มีการกำหนดข้อตกลงและเกณฑ์การรับผู้ป่วยหน่วยสังเกตอาการ โดยรับผู้ป่วยประเภทที่มีอาการไม่รุนแรง เป็นผู้ป่วยประเภทที่ 1 คือ ดูแลตนเองได้ (Self care) และผู้ป่วยประเภทที่ 2 คือ ผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลาง (Minimum care) จากแผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน และรับย้ายผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยอายุรกรรมที่วางแผนจำหน่ายภายใน 1-2 วัน

การให้บริการหน่วยสังเกตอาการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีนั้น มีความแตกต่างจากหน่วยสังเกตอาการโรงพยาบาลอื่น ๆ เนื่องจากข้อจำกัดตามบริบทการบริหารจัดการของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ผลการดำเนินงานหน่วยสังเกตอาการที่ผ่านมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2558- พ.ศ. 2561 มีผู้รับบริการจำนวน 1,473 คน, 1,409 คน, 1,272คน และ1,539 คน ตามลำดับ มีรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกที่มีระดับความรุนแรงตั้งแต่ระดับน้อยจนถึง

ระดับมาก ส่งผลต่อความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วย และพบว่ามีจำนวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ดังรายงาน จำนวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 - พ.ศ. 2561 มีจำนวน 22 ครั้ง, 34 ครั้ง, 35 ครั้ง และ 45 ครั้ง ตามลำดับ มีผู้ป่วยที่อาการทรุดลงต้องย้ายแผนกกลับหอผู้ป่วยอายุกรรม ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2557 - พ.ศ. 2560 มีรายงานอุบัติการณ์คิดเป็นร้อยละ 6.41, 7.72, 5.68 และ 8.96 (ศูนย์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี, 2561) นอกจากนี้ยังพบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา อุบัติการณ์การไม่ปฏิบัติตามข้อตกลงแนวทางการรับผู้ป่วย ซึ่งอุบัติการณ์ความเสี่ยงดังกล่าว สะท้อนถึงคุณภาพบริการพยาบาลที่ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลและความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วย

นอกจากรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงดังกล่าว จะส่งผลต่อผลลัพธ์คุณภาพการบริการทางพยาบาลและเกิดความไม่ปลอดภัยกับผู้ป่วย เมื่อวิเคราะห์ด้านบริบทของหน่วยสังเกตอาการยังพบข้อจำกัดหลายด้านที่ควรได้รับการพัฒนา อาทิเช่น ด้านโครงสร้างที่ใช้พื้นที่บางส่วนในหอผู้ป่วย จักษุ โสต ศอ นาสิกไม่แยกเป็นสัดส่วน ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการด้านบุคลากรที่มีข้อจำกัดด้านสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยอายุกรรม ซึ่งสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ (รุจิวรรณ ยมศรีเคน, 2550) นอกจากนี้ ยังพบข้อจำกัดด้านอัตรากำลังพยาบาลเวรบาย/ดึกและเวรเช้าวันหยุดที่ต้องรับผิดชอบดูแลทั้งผู้ป่วย จักษุ โสต ศอ นาสิกและผู้ป่วยหน่วยสังเกตอาการ เมื่อมีภาระงานมากทั้งในหอผู้ป่วย จักษุ โสต ศอ นาสิก และหน่วยสังเกตอาการ หรือเมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉิน ส่งผลให้พยาบาลไม่สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยได้ทันเวลาและเหมาะสม ซึ่งอัตรากำลังทางการพยาบาลเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพการพยาบาล (Liu, 2018) ผู้วิจัยตระหนักถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยและความสำคัญของการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ การพัฒนาระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการจึงมีความจำเป็น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบบริการพยาบาลพบว่า มีการนำแนวคิดโดนาบีเดียน (Donabedian, 1988) ไปใช้ในการพัฒนาระบบบริการพยาบาลในหลายบริบท (เกษร สังข์กฤษ, ไพลิน นัตสันเทียะ, วิภา แก้วเคน, และปิยนุช บุญกอง, 2558; ลดาวัลย์ จันทร์แจ้, และบุญทิพย์ สิริธรงค์ศรี, 2557) รวมถึงมีการนำไปใช้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคต่างๆ (ปราณี มหาบุญปีติ, บุญทิพย์ สิริธรงค์ศรี, และพิเชษฐ บัญญัติ, 2560; ฐิติพร จตุพรพิพัฒน์, บุญทิพย์ สิริธรงค์ศรี, และพิเชษฐ บัญญัติ, 2560; Ghaffari, Jahani Shourab, Jafarnejad, & Esmaily, 2014; Bryant-Lukosius et al., 2016; Marsden et al., 2017) ซึ่งให้เห็นว่าเป็นวิธีการที่มีคุณค่าสามารถใช้เพื่อตรวจสอบความปลอดภัยและคุณภาพของนวัตกรรมบริการ (Gardner, Gardner, & O'Connell, 2013) ซึ่งแนวคิดโดนาบีเดียน เป็นแนวคิดเชิงระบบเกี่ยวกับการปฏิบัติงานและรูปแบบของการประเมินคุณภาพบริการสาธารณสุข มีองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านโครงสร้าง (Structure) คือคุณลักษณะและแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ ภายในองค์กรซึ่งครอบคลุมปัจจัยนำเข้า และ

การจัดการความสัมพันธ์ของปัจจัยนำเข้าให้มีคุณภาพพร้อมเข้าสู่กระบวนการทำงาน (2) ด้านกระบวนการ (Process) เป็นการนำปัจจัยนำเข้าและโครงสร้างที่มีคุณภาพลงสู่การปฏิบัติ และ (3) ด้านผลลัพธ์ (Outcome) คือ ความสำเร็จที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพยาบาล อาจอยู่ในรูปของผลิตภัณฑ์ (Product) หรือบริการ (Service)

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี โดยนำ 3 แนวคิด ได้แก่ 1) แนวคิดโดนาบีเดียน (Donabedian, 1988) 2) แนวทางการจัดบริการหน่วยสังเกตอาการตามคู่มือแนวทางการจัดบริการห้องฉุกเฉินที่เหมาะสมกับระดับศักยภาพสถานพยาบาล Part 3 Guideline ER Service Delivery (ชาติชาย คล้ายสุบรรณ, 2561) 3) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 4 พ.ศ.2561 (Hospital and Healthcare Standards 4th Edition) (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์การมหาชน, 2561ก) และความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข (Patient and Personnel Safety : 2P Safety) (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์การมหาชน, 2561ข; สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์การมหาชน, 2561ค) นำมาบูรณาการร่วมกัน เพื่อใช้เป็นกรอบในการศึกษาสถานการณ์ และแนวทางการให้บริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการในปัจจุบัน หลังจากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์เชิงเนื้อหา เพื่อพัฒนาระบบการบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ ให้มีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ได้ระบบบริการพยาบาลที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน ส่งผลลัพธ์ให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพ ปลอดภัย และเกิดความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลทั้งต่อผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และแนวทางการให้บริการของหน่วยสังเกตอาการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

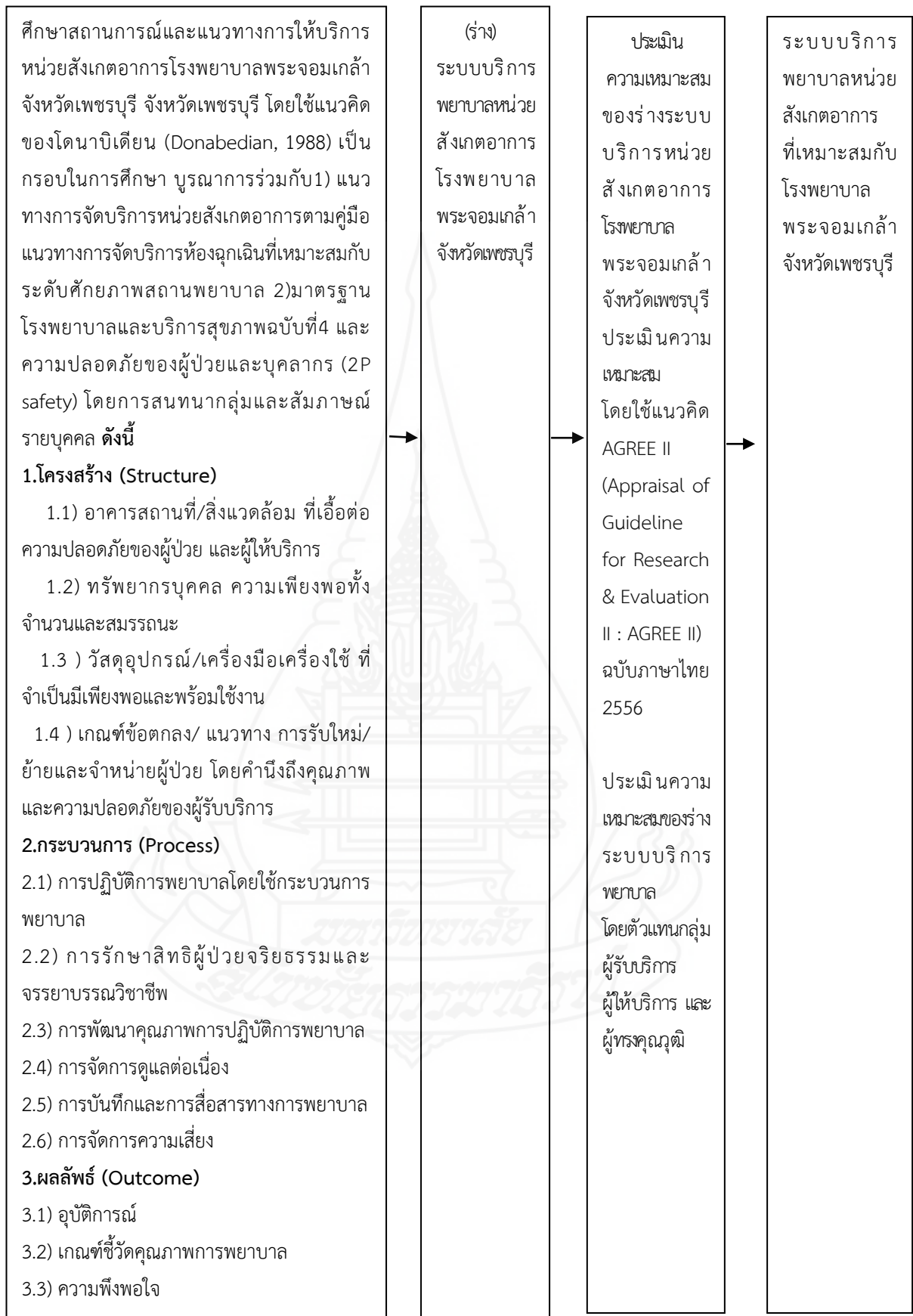
2.2 เพื่อสร้างระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

2.3 เพื่อประเมินความเหมาะสมของระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ที่พัฒนาขึ้น

3. กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ร่างกรอบแนวคิดในการวิจัยโดยนำ 3 แนวคิด มาใช้ในการพัฒนาระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการที่เหมาะสมกับบริบท ได้แก่ 1) แนวคิดโดนาบีเดียน (Donabedian,

1988) ใช้เป็นกรอบแนวคิดหลัก ซึ่งเป็นแนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติงานและรูปแบบของการประเมินคุณภาพบริการสาธารณสุข (Quality of health care) เพื่อให้มีคุณภาพ ประกอบด้วย องค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านโครงสร้าง (Structure) ประกอบด้วย อาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อม บุคคล วัสดุ อุปกรณ์ และเกณฑ์ข้อตกลง/ แนวทางการรับใหม่/ย้ายและจำหน่ายผู้ป่วย (2) ด้านกระบวนการ (Process) ประกอบด้วย การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล การรักษาสิทธิผู้ป่วย จริยธรรมและจรรยาบรรณ การพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล การจัดการดูแลต่อเนื่อง การบันทึกและการสื่อสารทางการพยาบาล และการจัดการความเสี่ยง และ (3) ด้านผลลัพธ์ (Outcome) คือ ความสำเร็จที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพยาบาล อาจอยู่ในรูปของผลิตภัณฑ์ (Product) หรือ บริการ (Service) ได้แก่ อุบัติการณ์ทางคลินิก ตัวชี้วัดคุณภาพบริการ ความพึงพอใจ โดยที่ องค์ประกอบทั้ง 3 ด้านมีความเกี่ยวเนื่องกัน โครงสร้างที่ดีจะส่งเสริมให้เกิดกระบวนการที่มี ประสิทธิภาพ และจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดี โดยนำมาบูรณาการร่วมกับ 2) แนวทางการจัดบริการหน่วย สังกัดอาการตามคู่มือแนวทางการจัดบริการห้องฉุกเฉินที่เหมาะสมกับระดับศักยภาพสถานพยาบาล และ 3) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 4 พ.ศ. 2561 และความปลอดภัยของผู้ป่วย และบุคลากรสาธารณสุข (Patient and Personnel Safety: 2P Safety) เพื่อใช้ศึกษาสถานการณ์ และแนวทางการให้บริการหน่วยสังกัดอาการ หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ร่าง ระบบบริการพยาบาลหน่วยสังกัดอาการที่เหมาะสมกับโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี หลังจากนั้นนำร่างระบบบริการพยาบาลหน่วยสังกัดอาการที่พัฒนาขึ้นประเมินความเหมาะสม โดยใช้แบบประเมินความเหมาะสมของระบบบริการพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์มาจาก การประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล จากแนวคิด AGREE II (Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II; AGREE II) (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์, 2556) โดยสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยได้ ดังภาพที่ 1.1



ภาพ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

4. ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยพรรณนา เพื่อพัฒนาระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ที่เหมาะสมกับบริบท กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ ผู้ปฏิบัติงาน ผู้บริหาร และผู้รับบริการ และ 2) กลุ่มผู้ประเมินความเหมาะสมของร่างระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ ตัวแทนจากกลุ่มผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และผู้ทรงคุณวุฒิ ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในหน่วยสังเกตอาการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ตั้งแต่ เดือนมีนาคม พ.ศ.2563 ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2563

5. นิยามศัพท์เฉพาะ

5.1 ระบบบริการพยาบาล หมายถึง การบริการด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพ ที่ส่งผลต่อสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม โดยบุคลากรด้านการพยาบาลเป็นผู้ให้บริการ ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า หรือโครงสร้างของระบบ กระบวนการในการบริการ และผลลัพธ์ของการบริการองค์ประกอบต่าง ๆ ภายในหน่วยสังเกตอาการที่มีความสัมพันธ์กัน และทำหน้าที่เพื่อให้เกิดการบริการพยาบาล

5.2 การพัฒนาระบบบริการพยาบาล หมายถึง การปรับปรุง เปลี่ยนแปลง องค์ประกอบ ด้านโครงสร้าง กระบวนการของระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ของระบบบริการพยาบาลที่เหมาะสมและเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด

5.3 องค์ประกอบของระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ หมายถึง ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ของระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการตามแนวคิดโดนาเบเดียน (Donabedian, 1988) ดังนี้

5.3.1 ด้านโครงสร้าง หมายถึง อาคารสถานที่/สิ่งแวดล้อม ทรัพยากรบุคคลมี วัสดุ อุปกรณ์/เครื่องมือเครื่องใช้ ที่จำเป็น เกณฑ์ข้อตกลง/ แนวทาง การรับใหม่/ย้ายและจำหน่ายผู้ป่วย

5.3.2 ด้านกระบวนการ หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล การรักษาสีทธิผู้ป่วยจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ การพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล การจัดการดูแลต่อเนื่อง การบันทึกและการสื่อสารทางการพยาบาล การจัดการความเสี่ยง

5.3.3 ด้านผลลัพธ์ หมายถึง อุบัติการณ์ เกณฑ์ชี้วัดคุณภาพการพยาบาล และความพึงพอใจ

5.4 หน่วยสังเกตอาการ หมายถึง คือ ลักษณะหน่วยเป็นหน่วยสังเกตอาการระยะสั้น (Short Stay) ที่ให้การบริการและอยู่ภายใต้การดูแลของหน่วยฉุกเฉิน มีพื้นที่เฉพาะสำหรับหน่วยสังเกตอาการที่เหมาะสม มีแพทย์และพยาบาลที่กำหนดความรับผิดชอบด้านการบริหารไว้อย่างชัดเจน มีการกำหนดเกณฑ์สำหรับการรับผู้ป่วยเข้าในหน่วยและการจำหน่าย มีเกณฑ์การ admit เป็นผู้ป่วยใน รวมถึงกำหนดระยะเวลาวันนอนในหน่วยสังเกตอาการ ถ้าผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้นก็จะ admit เป็นผู้ป่วยใน

5.5 หน่วยสังเกตอาการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี หมายถึง หน่วยที่ให้บริการพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ตั้งอยู่ในหอผู้ป่วยจักษุ โสตศอนาสิก จำนวน 10 เตียง รับผู้ป่วยอายุรกรรมทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป รับผู้ป่วยประเภทที่ดูแลตนเองได้ (Self care) และผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลาง (Minimum care) ตามเกณฑ์การแบ่งประเภทผู้ป่วยของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี รับผู้ป่วยจาก 2 ช่องทาง คือ 1) รับใหม่จากหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและหน่วยผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรม และ 2) รับย้ายผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม พักรักษาตัวไม่เกิน 48 ชั่วโมง หากมีอาการรุนแรงขึ้นให้ส่งตัวผู้ป่วยเข้ารักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน

5.6 ความเหมาะสมของระบบบริการพยาบาล หมายถึง ความเป็นไปได้ของการนำองค์ประกอบของหน่วยสังเกตอาการที่พัฒนาไปใช้จริง โดยได้รับการประเมินความเหมาะสมใน 6 มิติ ได้แก่ มิติที่ 1 ด้านวัตถุประสงค์ มิติที่ 2 ด้านขอบเขต มิติที่ 3 ด้านการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มิติที่ 4 ด้านความเป็นอิสระ มิติที่ 5 ด้านความเข้มงวดของการขั้นตอนการจัด และมิติที่ 6 ด้านความชัดเจนในการนำเสนอและการนำไปใช้ ซึ่งเครื่องมือประยุกต์มาจากการประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล ฉบับภาษาไทย 2556 (Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II : AGREE II) จัดทำโดย สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

6.1 ได้ระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ที่เหมาะสมกับบริบทในปัจจุบัน และสามารถให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพ หากได้มีการนำไปใช้เชื่อว่าจะทำให้ผู้รับบริการและผู้ให้บริการได้รับความปลอดภัยและพึงพอใจต่อบริการพยาบาล

6.2 ใช้เป็นแนวทางการพัฒนาระบบบริการพยาบาลกับหน่วยงานอื่น ๆ ของโรงพยาบาล

6.3 เพื่อให้ผู้รับบริการระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ ได้รับการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน ปลอดภัย ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของหน่วยสังเกตอาการ

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการพยาบาล และการบริการพยาบาลของหน่วยสังเกตอาการ เพื่อให้ผู้วิจัยได้เข้าใจบริบท และสามารถนำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ เพื่อให้ได้ข้อมูลในการทำวิจัย และบรรลุตามวัตถุประสงค์การวิจัยที่ตั้งไว้ ผู้วิจัยได้เรียบเรียงแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับหน่วยสังเกตอาการ
 - 1.1 ความหมายของหน่วยสังเกตอาการ
 - 1.2 ลักษณะการให้บริการของหน่วยสังเกตอาการ
 - 1.3 สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ
2. การให้บริการของหน่วยสังเกตอาการ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
 - 2.1 นโยบายด้านการให้บริการของโรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี
 - 2.2 ลักษณะการให้บริการของหน่วยสังเกตอาการโรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัด เพชรบุรี
3. แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการพยาบาล
 - 3.1 แนวคิดการพัฒนาระบบบริการพยาบาล
 - 3.2 มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ
 - 3.3 ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร
 - 3.4 แนวคิดไดนามิเคียนในการพัฒนาระบบบริการพยาบาล
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับหน่วยสังเกตอาการ

1.1 ความหมายของหน่วยสังเกตอาการ

สำหรับในประเทศไทย กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข ได้ให้ความหมาย หน่วยสังเกตอาการไว้ดังนี้ Observational unit หมายถึง หน่วยสังเกตอาการระยะสั้น (Short Stay) ที่ให้การบริการลักษณะผู้ป่วยในของห้องฉุกเฉิน โดยจะรับผู้ป่วยจากห้องฉุกเฉินหรือแผนกผู้ป่วยนอก ขึ้นอยู่กับข้อตกลงภายในสถานพยาบาล (ชาติชาย คล้ายสุบรรณ, 2561)

จาก State of Victoria Department of Health and Human Services (2017) ได้ให้ความหมายหน่วยสังเกตอาการ คือ หน่วยพักระยะสั้นของแผนกฉุกเฉิน เป็นหน่วยที่กำหนดและออกแบบมาสำหรับการรักษาระยะสั้น มีการสังเกตการประเมิน และการประเมินซ้ำของผู้ป่วยในชั้นต้น เพื่อให้ได้รับการดูแลต่อหรือสามารถให้จำหน่ายกลับบ้านได้

Napolitano and Saini (2014) ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นหน่วยที่ให้บริการการดูแลแบบสังเกตอาการที่เฉพาะเจาะจง และเหมาะสมทางคลินิก ซึ่งรวมถึงการรักษาระยะสั้นอย่างต่อเนื่อง การประเมินและการประเมินซ้ำก่อนที่จะตัดสินใจได้ว่าผู้ป่วยจะต้องได้รับการรักษาต่อไปในฐานะผู้ป่วยในโรงพยาบาลหรือไม่ หรือสามารถออกจากโรงพยาบาลได้

สรุปได้ว่า หน่วยสังเกตอาการ หมายถึง หน่วยที่จัดตั้งขึ้นมาเฉพาะเพื่อให้บริการดูแลรักษาในระยะเวลาสั้น ประเมินอาการและประเมินอาการซ้ำ ก่อนที่จะตัดสินใจได้ว่าผู้ป่วยจะต้องได้รับการรักษาต่อไปในฐานะผู้ป่วยในโรงพยาบาลหรือไม่ หรือสามารถออกจากโรงพยาบาลได้

ปัจจุบันโรงพยาบาลหลายแห่งประสบกับจำนวนผู้ป่วยมากขึ้น ส่งผลให้หอผู้ป่วยไม่สามารถรองรับผู้ป่วยได้เพียงพอเกิดสภาพความแออัดภายในหอผู้ป่วย เกิดความไม่ปลอดภัยกับผู้ป่วย นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุให้บุคลากรทางการแพทย์มีความเครียด การให้บริการของหน่วยสังเกตอาการ (Observational unit) ช่วยลดความแออัดของผู้ป่วยในได้ ช่วยเพิ่มอัตราการหมุนเวียนของเตียงผู้ป่วย โดยการคัดเลือกผู้ป่วยที่อาการไม่ต้องการดูแลใกล้ชิด มีระยะเวลาการรักษาสั้นและแน่นอนเข้ารับการรักษาในหน่วยสังเกตอาการ ซึ่งเป็นหน่วยที่อยู่ภายในแผนกฉุกเฉินหรือในสถานที่ที่โรงพยาบาลกำหนดไว้ (นพจร ลือกิตติกุล, 2556; ซาติชาย คล้ายสุบรรณ, 2561) โดยลักษณะการบริการของหน่วยสังเกตอาการขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละโรงพยาบาล

1.2 ลักษณะการให้บริการในหน่วยสังเกตอาการ

จาก American College of Emergency Physicians (2015) ได้กล่าวว่า การจัดหน่วยสังเกตอาการที่มีคุณภาพ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยสังเกตอาการของแผนกฉุกเฉินควร มีการส่งเสริมและสนับสนุนให้มีลักษณะดังต่อไปนี้

1.2.1 มีนโยบายและระเบียบปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษร สำหรับพื้นที่หน่วยสังเกตอาการแผนกฉุกเฉิน และควรได้รับการอนุมัติจากตัวแทนด้านการแพทย์ และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลที่เหมาะสม

1.2.2 มีนโยบายและขั้นตอนการรับผู้ป่วยในหน่วยสังเกตอาการของแผนกฉุกเฉิน ซึ่งควรระบุสิ่งต่อไปนี้

1) มีเกณฑ์สำหรับการรับผู้ป่วยเข้าในหน่วย และการจำหน่าย รวมถึงเกณฑ์การ admit เป็นผู้ป่วยใน

2) มีนโยบายที่ชัดเจน มีแพทย์รับผิดชอบทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายในหน่วยสังเกตอาการ

3) มีการกำหนดบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบที่ชัดเจนของแพทย์ฉุกเฉินและพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยตลอดทั้งวัน รวมถึงการส่งต่อระหว่างผู้ให้บริการ

4) มีแนวทางเมื่อมีสถานการณ์ที่ต้องมีการแจ้งเตือนแก่แพทย์ผู้รับผิดชอบต่อผู้ป่วย

5) กำหนดระยะเวลาสูงสุดที่อนุญาตในการเข้าพักในหน่วยสังเกตอาการ

6) มีมาตรการที่มีคุณภาพ มีการอธิบายเกี่ยวกับวิธีการตรวจสอบและการเขียนรายงาน

1.2.3 ควรมีกลไกในการจำหน่ายผู้ป่วย หรือ รับผู้ป่วยไปดูแลยังแผนกผู้ป่วยในเวลาที่เหมาะสม

1.2.4 ควรจัดให้มีพื้นที่สังเกตอาการเฉพาะสำหรับการสังเกตอาการของผู้ป่วยแผนกฉุกเฉินที่เหมาะสม แทนที่จะเป็นเตียงผู้ป่วยทั่วไปหรือการดูแลแบบเฉียบพลัน เพื่อให้เป็นแนวปฏิบัติที่ดีที่สุด และต้องอาศัยความมุ่งมั่นของเจ้าหน้าที่และทรัพยากรของโรงพยาบาล

1.2.5 หน่วยสังเกตอาการ ควรมีพื้นที่เพียงพอ บุคลากร อุปกรณ์และวัสดุสิ้นเปลืองที่เหมาะสมกับการจัดการบริการ

1.2.6 ควรมีแพทย์ฉุกเฉินและพยาบาลฉุกเฉิน ที่กำหนดความรับผิดชอบด้านการบริหารไว้อย่างชัดเจนสำหรับหน่วยสังเกตอาการ

สำหรับในประเทศไทย ลักษณะการให้บริการของหน่วยสังเกตอาการ (ชาติชาย คล้ายสุบรรณ, 2561) มีลักษณะดังนี้

1. สถานที่จัดตั้งหน่วยสังเกตอาการ มีสถานที่แยกจากพื้นที่หลักของห้องฉุกเฉิน
2. หน่วยสังเกตอาการ มีอุปกรณ์ เครื่องมือ จำนวนเพียงพอพร้อมใช้ และเป็นมาตรฐาน
3. บุคลากรมีความรู้และทักษะ มีการดูแลผู้ป่วยแบบเป็นทีมสหสาขา มีการจัดอัตราแพทย์ประจำหน่วยสังเกตอาการ โดยแยกอัตรากำลังมาจากห้องฉุกเฉิน มีการจัดอัตราพยาบาลประจำหน่วยสังเกตอาการโดยแยกอัตรากำลังมาจากห้องฉุกเฉิน

4. แนวทางการจัดตั้งหน่วยสังเกตอาการระยะสั้น กำหนดระยะเวลาวันนอนต้องอยู่ภายใน 24 ถึง 72 ชั่วโมง หรือขึ้นอยู่กับข้อกำหนดของสถานพยาบาล

5. ประเภทของผู้ป่วยที่รับไว้ดูแล ต้องเป็นกลุ่มที่แพทย์มีความเห็นว่าไม่ปลอดภัยที่จะให้กลับบ้านแต่ไม่รุนแรงถึงขั้นต้องรับไว้ดูแลในหอผู้ป่วยใน

6. มีเกณฑ์การรับไว้ดูแล เกณฑ์การจำหน่าย หรือเกณฑ์การส่งตัวเพื่อดูแลเป็นผู้ป่วยในที่ชัดเจน มีกระบวนการวางแผนการจำหน่ายที่เหมาะสม มีการวินิจฉัย การรักษา การเฝ้าระวังอาการ แยก ชณะที่ผู้ป่วยอยู่ในหน่วยสังเกตอาการ และมีกระบวนการพัฒนาคุณภาพ

ลักษณะของหน่วยสังเกตอาการตาม American College of Emergency Physicians (2015) กับลักษณะของหน่วยสังเกตอาการตามกรมการแพทย์สำหรับในประเทศไทย นั้นมีลักษณะการจัดบริการคล้ายกันคือ ลักษณะหน่วยเป็นหน่วยสังเกตอาการระยะสั้น (Short Stay) ที่ให้บริการและอยู่ภายใต้การดูแลของหน่วยฉุกเฉิน มีพื้นที่เฉพาะสำหรับหน่วยสังเกตอาการที่เหมาะสม มีแพทย์และพยาบาลที่กำหนดความรับผิดชอบด้านการบริหารไว้อย่างชัดเจน มีการกำหนดเกณฑ์สำหรับการรับผู้ป่วยเข้าในหน่วยและการจำหน่าย มีเกณฑ์การรับไว้เพื่อดูแลเป็นผู้ป่วยใน รวมถึงกำหนดระยะเวลาวันนอนในหน่วยสังเกตอาการ ถ้าผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้นก็จะมีเกณฑ์การรับไว้เพื่อดูแลเป็นผู้ป่วยใน ซึ่งเกณฑ์สำหรับการรับผู้ป่วย การกำหนดระยะเวลาวันนอนในหน่วยสังเกตอาการ และเกณฑ์การรับไว้เพื่อดูแลเป็นผู้ป่วยใน นั้นอาจมีข้อแตกต่างกันตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล

จากการทบทวนหน่วยสังเกตอาการของโรงพยาบาลต่าง ๆ ในประเทศไทยพบว่า ลักษณะการให้บริการของหน่วยสังเกตอาการ ก็ยังมีการให้บริการที่ความแตกต่างกันตามบริบทโรงพยาบาล เช่น

หน่วยสังเกตอาการ (Observational unit) ของโรงพยาบาลนครพิงค์เชียงใหม่ ให้บริการผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงถึงขั้นต้องนอนโรงพยาบาล แต่จำเป็นต้องติดตามอาการอย่างต่อเนื่องภายใน 24 ชั่วโมง รับประเภทผู้ป่วยเช่น ผู้ป่วยที่ต้องการได้รับการรักษาโดยการให้เลือด ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ผู้ป่วยรอ Admit ผู้ป่วยหลังทำหัตถการ เช่น ชูตมดลูก ทำหมัน ผู้ป่วยที่ทำ Blood letting ผู้ป่วยรอตรวจแผนกผู้ป่วยนอกตอนเช้าไม่สามารถกลับบ้านได้ เนื่องจากบ้านไกล ผู้ป่วยที่จำหน่ายจากห้องฉุกเฉิน แล้วรอดโรงพยาบาลอื่นมารับ และผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดไว้

ห้องสังเกตอาการ (Observation room) โรงพยาบาลขอนแก่น จากเดิมเคยเป็นหอผู้ป่วยที่จัดตั้งขึ้นในบริเวณพื้นที่ของห้องตรวจอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สามารถรองรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในได้ทั้งหมด 12 เตียง ผู้ป่วยที่รับการรักษาที่ห้องสังเกตอาการจะมีระยะเวลานอนโรงพยาบาลไม่เกิน 72 ชั่วโมง หากผู้ป่วยมีระยะเวลานอนโรงพยาบาลเกิน 72 ชั่วโมงแล้วยังไม่สามารถจำหน่ายผู้ป่วยได้ จำเป็นต้องย้ายผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม เด็ก นรีเวช สูติกรรม ตามลักษณะของโรค ปัจจุบันนี้ได้ปรับให้มีการบริการรักษาพยาบาล ในรูปแบบ Short stay unit และส่วนปรึกษาเฉพาะทาง ส่วนสังเกตอาการให้บริการรักษาพยาบาล และการสังเกตอาการคงให้บริการเพียง 6 เตียง โดยมีข้อกำหนดว่าผู้ป่วยสามารถอยู่ได้ไม่เกิน 24 ชั่วโมง ห้องสังเกตอาการอยู่ภายใต้การรับผิดชอบของกลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โดยการตรวจผู้ป่วยแบ่งเป็น 2 ช่วง และมีการจัดเวรพยาบาลทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ห้องสังเกตอาการเป็นส่วนหนึ่งของหน่วยฉุกเฉิน อยู่ที่ตึก จุฬาลงกรณ์ ชั้น 1 และตึกจุฬาลงกรณ์ ชั้น 2 ใช้สำหรับผู้ป่วยที่รอการวินิจฉัย รอการรับเข้าอยู่ใน โรงพยาบาลแบบฉุกเฉินในกรณีนี้ที่เตียงในหอผู้ป่วยยังไม่ว่าง

หอผู้ป่วยสังเกตอาการ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ รับผิดชอบผู้ป่วยทั่วไปที่มีอายุ ตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่ไม่ใช่สามเณร ภิกษุสงฆ์ ไว้เพื่อตรวจรักษาวินิจฉัย ให้การรักษาไม่เกิน 48 ชั่วโมง และรับทำหัตถการใส่สายสวนปัสสาวะ สายยางให้อาหารทางจมูก ให้ยาทางหลอดเลือดดำรับผู้ป่วย ตลอด 24 ชั่วโมง จำนวน 20 เตียง โดยแบ่งเป็น ผู้ป่วยทั่วไป เช่น อายุรกรรม ศัลยกรรม รังสีรักษา จำนวน 10 เตียง ผู้ป่วยเวชศาสตร์ฉุกเฉินอีกจำนวน 10 เตียง รับทำหัตถการใส่สายสวนปัสสาวะ ใส่ สายยางให้อาหารทางจมูกในวันและเวลาราชการ รับให้ยาทางหลอดเลือดดำทุกวันไม่เว้น วันหยุดราชการ

จากแนวคิดและลักษณะการให้บริการหน่วยสังเกตอาการ สรุปได้ว่าลักษณะการ ให้บริการพยาบาลของหน่วยสังเกตอาการเป็นแบบผู้ป่วยในของแผนกฉุกเฉิน อยู่ภายใต้การดูแลของ แผนกผู้ป่วยฉุกเฉินหรือกลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ให้บริการผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงถึงขั้นต้องนอน โรงพยาบาล แต่จำเป็นต้องติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง หรือผู้ป่วยที่รอการวินิจฉัยหรือรอเตียงเพื่อรับ ไว้ดูแลเป็นผู้ป่วยใน โดยจะรับผู้ป่วยจากห้องฉุกเฉินหรือแผนกผู้ป่วยนอก ขึ้นอยู่กับข้อตกลงภายใน สถานพยาบาล ระยะเวลาที่นอนสั้นขึ้นอยู่กับข้อตกลงในสถานในสถานพยาบาลนั้น ซึ่งจะมีระยะเวลา นอนโรงพยาบาลไม่เกิน 72 ชั่วโมง หากผู้ป่วยมีระยะเวลานอนโรงพยาบาลเกิน 72 ชั่วโมง แล้วยังไม่ สามารถจำหน่ายผู้ป่วยได้ จำเป็นต้องย้ายผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยใน หน่วยสังเกตอาการมีพื้นที่เฉพาะ สำหรับการดูแลผู้ป่วยอายุอยู่ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินหรือตั้งแยกออกมา และมีแพทย์และพยาบาล เฉพาะที่รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยในหน่วยสังเกตอาการตลอด โดยแพทย์และพยาบาลที่รับผิดชอบ ควรจะมีสมรรถนะที่เหมาะสม

1.3 สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยสังเกตอาการ

สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพเป็นการบูรณาการความรู้ ทักษะ ประสบการณ์และ เจตคติเพื่อดูแลผู้ป่วย ซึ่งรูปแบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพนั้นต้องสอดคล้องกับความต้องการและ คุณลักษณะของผู้ป่วยและครอบครัว สมรรถนะของพยาบาลจึงควรกำหนดขึ้นจากความต้องการและ คุณลักษณะของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสำคัญ (ประชิด ศรราชพันธุ์, 2555) การปฏิบัติการพยาบาล โดยบุคลากรทางการพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีสมรรถนะที่เฉพาะงาน เพื่อเป็นการพัฒนาทักษะและ สมรรถนะบุคคลให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นการเตรียมความพร้อมสำหรับ งานที่มีความซับซ้อนขึ้นในอนาคต โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ได้มีผู้ให้คำจำกัดความของ สมรรถนะไว้หลากหลายขอยกตัวอย่าง เช่น

1.3.1 สมรรถนะ หมายถึง คุณลักษณะเชิงพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากความรู้ (knowledge) ทักษะ (Skill) ความสามารถ (abilities) และคุณลักษณะอื่นๆ (attributes) ที่ทำให้บุคคลสามารถสร้างผลงานได้ดีกว่าผู้อื่น หรือทำให้มีคุณสมบัติเหมาะสมที่จะทำผลงานได้ดีหรือมีประสิทธิภาพ (พจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน, 2546)

1.3.2 สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ (Professional nurse competency) หมายถึง คุณลักษณะ ความรู้ ความสามารถ ความถนัด และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลตามหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2551)

1.3.3 สมรรถนะพยาบาลในหน่วยสังเกตอาการ ที่ให้บริการผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงถึงขั้นต้องนอนโรงพยาบาล แต่จำเป็นต้องติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง ไม่มีการกำหนดสมรรถนะเฉพาะสาขาไว้ ซึ่งการกำหนดสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อใช้เป็นกรอบในการปฏิบัติงาน รวมทั้งผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลทุกคนต้องยึดถือ และปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ โดยนอกจากต้องปฏิบัติงานภายใต้กฎหมาย ข้อบังคับของวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์แล้ว ยังต้องมีทักษะการปฏิบัติตามมาตรฐานงานในบริบทที่แตกต่างกันไป ตามบทบาทขอบเขต หน้าที่ ตำแหน่งของพยาบาลแต่ละคนในแต่ละหน่วยงานที่รับผิดชอบ ทั้งบทบาทที่ได้รับมอบหมายและบทบาทตามคุณสมบัติเฉพาะ ซึ่งต้องสอดคล้องกับระดับตำแหน่งของพยาบาลคนนั้น ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการบริหารทรัพยากรบุคคลที่เหมาะสม คุ่มค่า และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อองค์กรพยาบาล ผู้ป่วย และประชาชนผู้รับบริการ

1.3.1 สมรรถนะสำหรับวิชาชีพการพยาบาล

สภาการพยาบาล (2561) ได้กำหนดสมรรถนะสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ โดยสรุปสมรรถนะกลางทั้งหมด 8 ด้าน ดังนี้

สมรรถนะที่ 1 ด้านจริยธรรม จรรยาบรรณ และกฎหมาย

ตระหนักในคุณค่าความเชื่อของตัวเองและผู้อื่นให้การพยาบาลโดยแสดงออกถึงการเคารพในคุณค่าความเชื่อและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ แสดงออกถึงความรับผิดชอบต่อการปฏิบัติการพยาบาลของตนปกป้องผู้ที่อยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการละเมิดสิทธิส่งเสริมให้ผู้ใช้บริการได้รับรู้และเข้าใจในสิทธิของตน สามารถวิเคราะห์ประเด็นจริยธรรมและกฎหมายที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติการพยาบาลสามารถตัดสินใจเชิงจริยธรรมได้อย่างเหมาะสม ปฏิบัติการพยาบาลโดยแสดงออกซึ่งความเมตตากรุณา คำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของผู้ใช้บริการ

สมรรถนะที่ 2 ด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์

มีความรู้ ความสามารถในด้าน การใช้กระบวนการ การสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค มีด้านการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ด้านการพยาบาลครอบครัวและการผดุงครรภ์ มีทักษะเทคนิค การปฏิบัติการพยาบาลทั่วไปและการทำหัตถการ

สมรรถนะที่ 3 ด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพ

มีบุคลิกภาพเชิงวิชาชีพ พัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องและมีเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพ
การพยาบาล

สมรรถนะที่ 4 ด้านภาวะผู้นำ การจัดการ และการพัฒนาคุณภาพ

มีภาวะผู้นำ สามารถบริหารจัดการและพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ทำงาน
เป็นทีม และการใช้ทรัพยากรในการปฏิบัติงานให้เกิดประโยชน์สูงสุด

สมรรถนะที่ 5 ด้านวิชาการและการวิจัย

ตระหนักรู้ในสิ่งที่ตนไม่รู้ และมีคำถามที่เกิดจากการปฏิบัติงานที่จะนำไปสู่
การแสวงหาความรู้ สืบค้นความรู้ด้วยวิธีที่เหมาะสมจากตำรา บทความวิชาการและงานวิจัยที่ไม่
ซ้ำซ้อน สรุปเป็นประเด็นความรู้จากประสบการณ์ของตนเองได้ สามารถถ่ายทอดความรู้ให้ผู้อื่นเข้าใจ
และนำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการปฏิบัติงานกับผู้ร่วมงานและผู้
ที่เกี่ยวข้อง ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ใช้บริการ หน่วยงานและสังคม
โดยไม่ละเมิดสิทธิของผู้ถูกวิจัย

สมรรถนะที่ 6 ด้านการสื่อสารและสัมพันธ์กับภาพ

มีความสามารถในการติดต่อสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ

สมรรถนะที่ 7 ด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ

มีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ โปรแกรมการใช้งาน องค์ประกอบของ
เทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพและการพยาบาล ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์พื้นฐานในการปฏิบัติงาน
การนำเสนองาน การประมวล จัดเก็บ และนำเสนอข้อมูลข่าวสาร สื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์ ในการ
สืบค้นข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและการพยาบาล รวมถึงติดต่อสื่อสารแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง
บุคลากรในทีมสุขภาพและบุคคลทั่วไป จัดทำและพัฒนาข้อมูลทางการพยาบาล

สมรรถนะที่ 8 ด้านสังคม

ติดตามการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ และการเมืองอย่างสม่ำเสมอ
วิเคราะห์และประเมินข้อมูลข่าวสาร เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ที่เกี่ยวข้อง มีส่วนร่วมในการกำหนด
นโยบายด้านสุขภาพของหน่วยงานท้องถิ่น สามารถปรับตัวให้สอดคล้องกับบริบททางสังคม
วัฒนธรรม ยึดหลักปฏิบัติตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ดำรง ส่งเสริม ค่านิยม วัฒนธรรมของชาติ
ภูมิปัญญาท้องถิ่น และวิถีชีวิตชุมชน

1.3.2 สมรรถนะในงาน (Functional Competency)

การพยาบาลเป็นการบูรณาการความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ และเจตคติ เพื่อ
ดูแลผู้ป่วยรูปแบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพต้องสอดคล้องกับความต้องการ และคุณลักษณะของ
ผู้ป่วย และครอบครัว สมรรถนะของพยาบาลจึงควรกำหนดขึ้นจากความต้องการ และคุณลักษณะ

ของผู้ป่วย / ครอบครัวเป็นสำคัญ (ประชิด ศราธพันธุ์, 2555) ซึ่งสมรรถนะในงาน (Functional Competency) หมายถึง พฤติกรรมของพยาบาลที่สะท้อนให้เห็นถึงการมีความรู้ และทักษะ เพื่อให้การปฏิบัติ พยาบาลเกิดผลดีบรรลุเป้าหมาย ประกอบด้วย (1) Common Functional Competency (2) Specific Functional Competency ดังนี้

(1) *Common Functional Competency (FCc)* หมายถึง สมรรถนะในงานที่ใช้ร่วมกันหลายหน่วยงาน ได้แก่ การเฝ้าระวังสัญญาณชีพ การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย การจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับภาวะโรคและปลอดภัยจากความเสี่ยงทางกายภาพ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากความเสี่ยง การให้ความรู้ด้านสุขภาพ (Health information) การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อความสบายของผู้ป่วย การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การปฏิบัติการช่วยชีวิตขั้นสูง การบริหารยา สารน้ำ เลือดและส่วนประกอบของเลือด การส่งสิ่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การส่งผู้ป่วยตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษ การบันทึกทางการพยาบาล การใช้การดูแลรักษาเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ การบรรเทาความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน การดูแลผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกเฉพาะบริเวณ การประเมินระดับความรุนแรงและเร่งด่วน เพื่อการดูแลรักษา การให้สุขศึกษา (Health education) การดูแลผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย การปฏิบัติพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วย การสร้างความเข้มแข็งแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (Empowerment) การวางแผนจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง การให้บริการคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

(2) *Specific Functional Competency* หมายถึง สมรรถนะในงานที่ใช้เฉพาะหน่วยงาน เช่น การพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ การพยาบาลสูตินรีเวช การพยาบาลจักษุ เป็นต้น

หน่วยสังเกตอาการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี รับผู้ป่วยด้านอายุรกรรมเป็นหลัก สมรรถนะในงานที่ใช้เฉพาะหน่วยงาน จึงเป็นสมรรถนะการพยาบาลด้านอายุรกรรม ได้แก่ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองและไขสันหลัง ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคระบบทางเดินอาหาร ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคระบบทางเดินปัสสาวะ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคระบบต่อมไร้ท่อ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคระบบโลหิต ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคระบบภูมิคุ้มกัน ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคระบบผิวหนัง ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารพิษและยาเกินขนาด (ประชิด ศราธพันธุ์, 2555)

1.3.3 หน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ

กองการพยาบาล (2544) ได้กล่าวถึง หน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพไว้ ดังนี้

- 1) การประเมินผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ (Assessment) หมายถึง การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ครบถ้วน ทันที่ที่รับไว้ในความดูแล การติดตามเฝ้าระวังต่อเนื่องจนกระทั่งจำหน่ายจากการดูแล และการรวบรวมข้อมูลอย่างครบถ้วนเพียงพอ แก่การวินิจฉัยปัญหา การวางแผน การดูแล รวมทั้งเพียงพอต่อการประเมินผล
- 2) การจัดการกับอาการรบกวนต่าง ๆ (Symptom Distress Management) หมายถึง การช่วยเหลือ ขจัดหรือบรรเทาอาการรบกวนต่าง ๆ ทั้งอาการรบกวนด้านร่างกาย และจิตใจ ที่คุกคามชีวิตและรบกวนความสุขสบาย
- 3) การดูแลความปลอดภัย หมายถึง การจัดการให้ผู้ป่วย หรือผู้ใช้บริการ ได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บต่าง ๆ รวมทั้งป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล การจัดการดูแลอุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์ และอุปกรณ์จำเป็นที่ใช้ในการรักษาพยาบาลให้มีเพียงพอ พร้อมใช้ในภาวะฉุกเฉิน มีความปลอดภัยในการใช้งานกับผู้ป่วย และให้การดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ การจัดการ การส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับมีการปฏิบัติงานตามมาตรฐานหรือแนวทางที่กำหนด เพื่อป้องกันความผิดพลาดในการทำงาน
- 4) การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างรักษาพยาบาล (Prevention of Complication) หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลใด ๆ ที่เป็นไปเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย รวมทั้งการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากผลข้างเคียงของการรักษา
- 5) การให้การดูแลต่อเนื่อง (Continuing of Care) หมายถึง การจัดการให้เกิดการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่ การเฝ้าระวังสังเกตอาการอย่างต่อเนื่อง การส่งต่อแผนการรักษาพยาบาล การประสานงานกับหน่วยงาน หรือทีมงานที่เกี่ยวข้อง การสื่อสารเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน รวมทั้งการช่วยเหลือกรณีผู้ป่วยเสียชีวิต
- 6) การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย หรือผู้ใช้บริการและครอบครัว (Facilitation of Patient and Family Self Care) หมายถึง กิจกรรมการช่วยเหลือการสื่อสาร เพื่อให้ความรู้ สร้างความเข้าใจ และฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเองของผู้ป่วย
- 7) การสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย หรือผู้ใช้บริการ (Enhancement of Patient Satisfaction) หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสัมพันธภาพ และการสร้าง

ความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วย ผู้ใช้บริการ ด้วยบุคลิกภาพที่เหมาะสม โดยเฉพาะเกี่ยวกับการช่วยเหลือเอาใจใส่ การให้ข้อมูล และการตอบสนองความต้องการ ความคาดหวังของผู้ป่วย ผู้ใช้บริการอย่างเหมาะสม

จากลักษณะงานของหน่วยสังเกตอาการให้บริการผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง ถึงขั้นต้องนอนโรงพยาบาล แต่จำเป็นต้องติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง พยาบาลที่ปฏิบัติงานจึงควรมีสมรรถนะในงานที่ใช้เฉพาะหน่วยงาน (Specific Functional Competency) รวมถึงต้องมีสมรรถนะในงานที่ใช้ร่วมกันหลายหน่วยงาน (Common Functional Competency) ทำหน้าที่หลักของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้ความรู้ความสามารถ และทักษะที่จำเป็น ใช้กระบวนการพยาบาล ได้แก่การประเมินวางแผนการปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลทางการพยาบาล เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลและให้บริการการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม สำหรับการให้บริการพยาบาลของหน่วยสังเกตอาการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีนั้น มีบริบทที่แตกต่างจากการให้บริการของหน่วยสังเกตอาการในโรงพยาบาลอื่น ๆ แต่มีวัตถุประสงค์เหมือนกันคือ เพื่อลดความแออัดของผู้ป่วยในและเป็นหน่วยที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสั้น

2. การให้บริการของหน่วยสังเกตอาการ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ได้พัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะทางมากขึ้น ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวกทั้งมารับบริการเอง ระบบบริการแพทย์ฉุกเฉิน และการส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่น ทำให้จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะผู้ป่วยสาขาอายุรกรรม ต้องเสริมเตียงในการรับผู้ป่วยบางครั้งไม่เพียงพอกับความต้องการ ในจำนวนนี้ผู้ป่วยบางส่วนรับไว้ในโรงพยาบาลเพียง 1-2 วัน ผู้ป่วยบางส่วนที่แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้แต่ยังไม่พร้อมที่จะกลับบ้าน นอกจากนั้นมีผู้ป่วยบางส่วนที่มารับบริการที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นผู้ป่วยที่อาการไม่รุนแรง ต้องการสังเกตอาการก่อนกลับบ้าน จึงทำให้เกิดความแออัดในหอผู้ป่วยสาขาอายุรกรรม และอาจส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยต่อผู้ป่วย ดังนั้นเพื่อให้การบริการพยาบาลที่มีคุณภาพและเกิดความพึงพอใจต่อผู้รับบริการและผู้ให้บริการ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จึงได้จัดตั้งหน่วยสังเกตอาการเพื่อรองรับผู้ป่วยในกลุ่มนี้

2.1 นโยบายด้านการให้บริการของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

วิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี “โรงพยาบาลทันสมัย ปลอดภัย คุณภาพชั้นนำ” (Smart Hospital Safety first Top quality) มีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาสนับสนุนการบริหารจัดการภายในโรงพยาบาลและภายในเครือข่าย ทั้งในส่วนของ Front & Back office ระบบงานสำคัญได้รับการกำกับติดตามคุณภาพตามมาตรฐาน HA & 2P safety อย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญและกลุ่มโรควิกฤตได้รับการจัดบริการที่เป็นเลิศ เชื่อมโยง

การดูแลในเครือข่ายอย่างไร้รอยต่อจากสาขาวิชาชีพที่มีสมรรถนะ และมีผลการดำเนินงานเทียบเคียงระดับเขต ระดับประเทศ

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ได้กำหนดวิสัยทัศน์และพันธกิจ ให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล คือ การพยาบาลทันสมัย ปลอดภัย คุณภาพชั้นนำ (SMART Nurse Safety First Top Quality) โดยมียุทธศาสตร์และแผนงานดังนี้

1. พัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลศูนย์เชี่ยวชาญและกลุ่มโรคสำคัญ ได้แก่ พัฒนาบริการพยาบาลที่มีคุณภาพรองรับศูนย์เชี่ยวชาญทารกแรกเกิด ศูนย์การดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ กลุ่มโรคสำคัญ ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน (การเข้าถึง/เข้ารับ, การประเมิน, การวางแผน, การดูแลผู้ป่วยทั่วไป, การให้ ข้อมูล & การเสริมพลัง, การดูแลต่อเนื่อง) และ ตามมาตรฐาน 2P safety พัฒนาคุณภาพงานบริการพยาบาลด้านหน้า

2. พัฒนาคุณภาพการบริหารองค์กรพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ โดยการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลครอบคลุม ทุกกลุ่มงาน/ งาน/ ระบบงานที่เกี่ยวข้อง การพัฒนาระบบการนิเทศทางการพยาบาลในการติดตามกำกับระดับหน่วยงาน/ กลุ่มงาน และนำผลการนิเทศมาพัฒนาต่อเนื่อง พัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ตามกระบวนการพยาบาล การประเมินความพึงพอใจผู้ใช้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียนำมาพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง

3. พัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศทางการแพทย์ โดยการพัฒนาการจัดทำ Web site ฐานข้อมูลทางการแพทย์ (HR&KPI) พัฒนาบุคลากรให้เป็น Digital Nurse เข้าถึงได้ง่าย (ระดับบริหาร และระดับปฏิบัติการ) พัฒนาการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการให้บริการและการบริหารงาน (นัด On line, คิว On line, การบริหาร, เครื่องมือแพทย์, ยา, เวชภัณฑ์ และการให้ข้อมูลข่าวสาร)

4. พัฒนาอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการบริการพยาบาล พัฒนาอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อม (หน่วยบริการ & บ้านพัก) Big Cleaning อาคาร ทางแยก และทางเชื่อม พัฒนาการจัดการขยะในหน่วยงาน (คัดแยก, ลดปริมาณ)

5. พัฒนาเครือข่ายบริการพยาบาล โดยพัฒนาคุณภาพการพยาบาลไร้รอยต่อของศูนย์เชี่ยวชาญและกลุ่มโรคสำคัญ (การลงเยี่ยม/การประชุมร่วมกับ สสจ, รพช./ รพสต.)

6. พัฒนาทรัพยากรบุคคลทางการแพทย์ โดยกำหนด Career path สื่อสารและนำไปใช้ทั่วทั้งองค์กร การบริหารอัตรากำลังอย่างเหมาะสมใน Special area พัฒนาสมรรถนะของบุคลากร (ศักยภาพด้านการดูแลผู้ป่วย/ การใช้เครื่องมือทางการแพทย์) จัดทำผลงานวิชาการ (นวัตกรรมทางการแพทย์/วิจัย) ทั้งระดับบริหาร และระดับปฏิบัติเฉพาะทาง ส่งเสริมความปลอดภัย สวัสดิการ ความสามัคคี ความผูกพันและ สุขภาพของบุคลากร (การใช้หลัก UP การล้างมือ การดูแลสุขภาพในด้านอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพประจำปี การเสริมภูมิคุ้มกันโรค) และการจัดสวัสดิการ เช่น บ้านพัก ค่าตอบแทน บุคคลดีเด่น อื่น ๆ

2.2 ลักษณะการให้บริการของหน่วยหน่วยสังเกตอาการ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

สถานที่ตั้ง หน่วยสังเกตอาการตั้งอยู่ที่ชั้น 4 อาคาร 200 ปีพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้า (อยู่ด้านบนตึกอุบัติเหตุฉุกเฉิน) ซึ่งใช้พื้นที่บางส่วนในหอผู้ป่วยของหอผู้ป่วย จักษุ โสต ศอ นาสิก ให้บริการผู้ป่วยจำนวน 10 เตียง

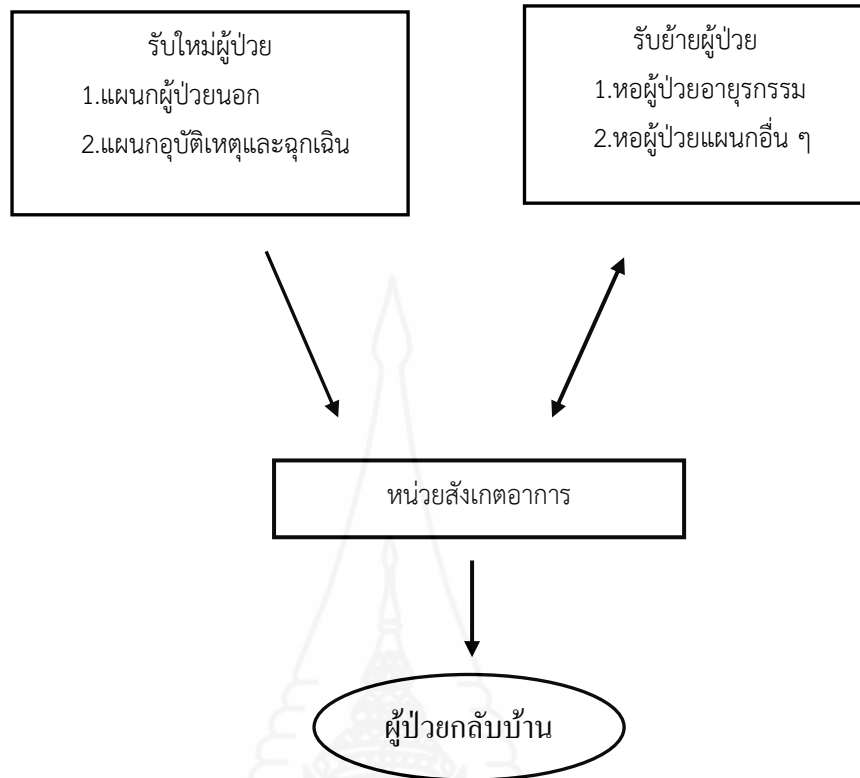
วัตถุประสงค์การให้บริการ (กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัด เพชรบุรี, 2556) คือ

1. เพื่อลดความแออัดในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม
2. เพื่อให้มีสถานที่รองรับผู้ป่วยสังเกตอาการที่ไม่จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาล
3. เพื่อให้การบริหารอัตรากำลังทางการพยาบาลมีประสิทธิภาพ
4. เพิ่มค่าเฉลี่ยน้ำหนักสัมพัทธ์ (Case Mix Index: CMI)

ขอบเขตการให้บริการ (Scope of service) ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม ทั้งเพศหญิงและเพศชายอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป โดยรับผู้ป่วยจากแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม และแผนกฉุกเฉิน และรับย้ายผู้ป่วยอายุรกรรมจากแผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม จำนวนเตียงที่จัดให้บริการมีทั้งหมด 10 เตียงสามัญ เกณฑ์การรับผู้ป่วยประเภทที่ 1 ดูแลตนเองได้ (Self care) และประเภท 2 ต้องการการดูแลเล็กน้อย (Minimal care) ตามเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี แพทย์รักษาในหน่วยสังเกตอาการไม่เกิน 48 ชั่วโมง

กลุ่มโรคสำคัญที่ให้บริการในหน่วยสังเกตอาการคือ โรคติดเชื้อทางเดินอาหาร โรคกรวยไตอักเสบ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ภาวะช็อคที่ต้องให้เลือด ได้แก่ โรคไตวายเรื้อรัง และโรคธาลัสซีเมีย

ขั้นตอนการรับผู้ป่วยที่หน่วยสังเกตอาการ รับผู้ป่วย 2 ช่องทางคือ รับผู้ป่วยใหม่จากแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกฉุกเฉิน และรับย้ายผู้ป่วยจากแผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม ผู้ป่วยประเภทที่มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 1 และระดับ 2 ตามเกณฑ์การแบ่งประเภทของผู้ป่วยของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีคือ ประเภทที่ 1 ดูแลตนเองได้ (Selfcare) ระดับคะแนนไม่เกิน 8 และประเภทที่ 2 ผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลาง (Minimum care) ระดับคะแนน 9-14 ถ้าผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงอาการทรุดลงจะย้ายผู้ป่วยที่มีอาการแย่ลงกลับหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรมหรือหอผู้ป่วยตามการวินิจฉัยโรค และผู้ป่วยที่นอนเกิน 48 ชั่วโมงแล้วไม่สามารถจำหน่ายได้ ดังแผนภาพตัวอย่างต่อไปนี้



ภาพที่ 2.1 แผนภาพ แสดงการรับ/ย้ายผู้ป่วยหน่วยสังเกตอาการ

เกณฑ์การรับผู้ป่วยและประเภทของผู้ป่วยหน่วยสังเกตอาการ การรับผู้ป่วยหน่วยสังเกตอาการใช้เกณฑ์รับผู้ป่วยประเภทที่ 1 ดูแลตนเองได้ (Self care) ระดับคะแนนไม่เกิน 8 และผู้ป่วยประเภทที่ 2 ผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลาง (Minimum care) ระดับคะแนน 9-14 ซึ่งการจำแนกประเภทผู้ป่วยโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ได้ใช้แนวทางของสำนักการพยาบาล และประยุกต์ใช้แนวคิดการวิเคราะห์ภาระงานของวาสต์เลอร์ (Wastler Classification) จำแนกประเภทผู้ป่วยแบ่งผู้ป่วยตามความรุนแรงของโรค และการจัดกลุ่มผู้ป่วยตามความต้องการการพยาบาล จากระดับที่สามารถดูแลตนเองได้ถึงผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลมากที่สุด แบ่งเป็น 9 หมวด ดังนี้ หมวดที่ 1. สัญญาณชีพ หมวดที่ 2 อาการ/อาการแสดงทางระบบประสาท หมวดที่ 3 การได้รับการ ตรวจรักษา ด้วยการผ่าตัด/การทำหัตถการต่ออวัยวะที่สำคัญต่อชีวิต หมวดที่ 4 พฤติกรรมผิดปกติที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น หมวดที่ 5 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมวดที่ 6 ความต้องการข้อมูล/การสอนของผู้ให้บริการและญาติ หมวดที่ 7 ความต้องการการสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ หมวดที่ 8 ความต้องการยา/การรักษาหรือหัตถการ และหมวดที่ 9 ความต้องการ การบรรเทาอาการ รบกวน สามารถแบ่งผู้ป่วยได้ 5 ประเภทดังนี้

1. ผู้ป่วยประเภทที่ 1 ดูแลตนเองได้ (Self care) ความต้องการการพยาบาลโดยเฉลี่ย 1.5 ชม. ต่อ 24 ชม. ระดับคะแนน ไม่เกิน 8
2. ผู้ป่วยประเภทที่ 2 ต้องการการดูแลเล็กน้อย (Minimal care) ความต้องการการพยาบาลโดยเฉลี่ย 3.5 ชม. ต่อ 24 ชม. ระดับคะแนน 9-14
3. ผู้ป่วยประเภทที่ 3 ต้องการการดูแลปานกลาง (Intermediate care) ความต้องการการพยาบาลโดยเฉลี่ย 5.5 ชม. ต่อ 24 ชม. ระดับคะแนน 15-20
4. ผู้ป่วยประเภทที่ 4 ต้องการการดูแลระดับต่ำกว่าวิกฤต (Modified Intermediate care) ความต้องการการพยาบาลโดยเฉลี่ย 7.5 ชม. ต่อ 24 ชม. ระดับคะแนน 21-26
5. ผู้ป่วยประเภทที่ 5 ต้องการการดูแลในระยะวิกฤต (Intensive care) ความต้องการการพยาบาลโดยเฉลี่ย 12 ชม. ต่อ 24 ชม. ระดับคะแนน 27-32

บทบาทหน้าที่รับผิดชอบของทีมสุขภาพในหน่วยสังเกตอาการ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี มีดังนี้

1. แพทย์ มีหน้าที่รับผิดชอบ การตรวจวินิจฉัยและดูแลรักษาผู้ป่วย อธิบายอาการและแผนการรักษาของผู้ป่วย ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษากับผู้ป่วยและญาติ รวมถึงการทำหัตถการแก่ผู้ป่วย เป็นหัวหน้าทีมในการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยและเป็นผู้ประกาศหยุดในการช่วยฟื้นคืนชีพ
2. พยาบาลวิชาชีพ มีหน้าที่รับผิดชอบ ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ประเมินอาการของผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม วางแผน ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาล ร่วมกับดูแลบำบัดรักษาภายใต้การควบคุมของแพทย์ การจัดการกับอาการรบกวนต่าง ๆ ดูแลความปลอดภัย ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างรักษาพยาบาล ให้การดูแลต่อเนื่องและวางแผนจำหน่าย สนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการและครอบครัว (กองการพยาบาล, 2544) ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ประเมินผลและบันทึกทางการพยาบาล เตรียมสถานที่และอุปกรณ์ที่ใช้ในการรักษาพยาบาล ช่วยแพทย์ตรวจวินิจฉัยและบำบัดรักษา จัดเตรียมและส่งเครื่องมือช่วยแพทย์ในการทำหัตถการเพื่อการวินิจฉัยและบำบัดรักษา ปฏิบัติหน้าที่อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง/ หรือได้รับมอบหมาย นอกจากนี้ในเวรป่วยดึกและเวรเช้าวันหยุด พยาบาลวิชาชีพ หน่วยสังเกตอาการต้องปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจักษุ โสต คอ นาสสิก ร่วมด้วย รวมถึงรับผิดชอบจัดเก็บข้อมูลการบริการพยาบาลเพื่องานพัฒนาคุณภาพบริการในหน่วยสังเกตอาการ
3. พนักงานช่วยเหลือคนไข้/ผู้ช่วยเหลือพยาบาล หน้าที่รับผิดชอบ เตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้และเอกสารให้พร้อมและเพียงพอต่อการใช้งาน จัดเก็บและดูแลรักษาความสะอาด อุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ให้พร้อมใช้งานอยู่เสมอ ลงบันทึกการส่งตรวจ การเบิกอาหาร การลงนัดผู้ป่วย การเบิกยาเวชภัณฑ์ในคอมพิวเตอร์ รวบรวมเวชระเบียนส่งคืนสถิติ ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลของผู้ป่วย ปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่ยุ่งยาก ซับซ้อน และอยู่ภายใต้การดูแลอย่างใกล้ชิดของพยาบาล

วิชาชีพ เช่น การวัดสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง การตวงน้ำเข้าและออก รวมถึงการอำนวยความสะดวกให้แพทย์และพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ปฏิบัติงานอื่นที่เกี่ยวข้อง /หรือได้รับมอบหมายจากแพทย์และพยาบาล ซึ่งพนักงานช่วยเหลือคนไข้/ผู้ช่วยเหลือพยาบาลปฏิบัติหน้าที่ทั้งหน่วยสังเกตอาการและหอผู้ป่วย จักษุ โสต ศอ นาสิก

ด้านสมรรถนะของพยาบาลหน่วยสังเกต จากการทบทวนไม่มีข้อมูลในการกำหนดสมรรถนะไว้เฉพาะของพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ แต่สำหรับหน่วยสังเกตอาการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เป็นหน่วยที่อยู่ภายใต้การบริหารของแผนกจักษุ โสต ศอ นาสิก และให้การดูแลผู้ป่วยเฉพาะด้านอายุรกรรม ประเภทของผู้ป่วยอายุรกรรมที่รับไว้ดูแลเป็นกลุ่มที่แพทย์มีความเห็นว่าไม่ปลอดภัยที่จะให้กลับบ้าน แต่ไม่รุนแรงถึงขั้นต้องรับไว้ดูแลในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสมรรถนะของพยาบาลในหน่วยสังเกตอาการใช้สมรรถนะในงาน (Common Functional Competency) ที่ใช้ร่วมกันหลายหน่วยงาน เช่น การเฝ้าระวังสัญญาณชีพ การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย การจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับภาวะโรคและปลอดภัยจากความเสียหายทางกายภาพ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากความเสียหาย การให้ความรู้ด้านสุขภาพ (Health information) การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อความสุขสบายของผู้ป่วย การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การปฏิบัติช่วยเหลือชีวิตขั้นสูง การบริหารยา เป็นต้น สำหรับสมรรถนะในงานที่ใช้เฉพาะหน่วยงาน (Specific Functional Competency) คือ เน้นสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยเฉพาะด้านอายุรกรรม รวมถึงการปฏิบัติหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ

ด้านอัตรากำลัง มีพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยสังเกตอาการ จำนวน 1 คน จบเฉพาะทางอายุรศาสตร์ ขึ้นปฏิบัติงานเฉพาะเวรเช้าในเวลาราชการ การจัดอัตรากำลังเวรเช้าในเวลาราชการพยาบาลวิชาชีพ 1 คน และผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน อัตรากำลังเวรบ่าย/ดึกและเวรเช้าวันหยุดราชการพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วย จักษุ โสต ศอ นาสิก เป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยหน่วยสังเกตอาการ สำหรับอัตรากำลังเวรบ่าย/ดึก คือ พยาบาลวิชาชีพจักษุ โสต ศอ นาสิก 2 คนและผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยหอผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิกจำนวน 30 เตียง และหน่วยสังเกตอาการ 10 เตียง รวมทั้งหมดจำนวน 40 เตียง

ตาราง 2.1 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่รับบริการในหน่วยสังเกตอาการ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 – 2561

ข้อมูล	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561
1.รับผู้ป่วยผู้ป่วยทั้งหมด (คน)	1,473	1,409	1,272	1,539
2.รับใหม่ (คน)	815	626	648	874
3.รับย้าย (คน)	570	626	648	874
4.จำนวนผู้ป่วยจำหน่าย (คน)	1,373	1,338	1,221	1,460
4.1 admit อุกเขินเข้าหอผู้ป่วย (case ER/OPD)	37	29	38	43
4.2 ย้ายกลับ ward (ย้ายกลับหอผู้ป่วยอายุรกรรม)	44	46	51	43
5.จำนวนวันนอน (วัน)	2,349	2,383	2,166	2,493
6.อัตราครองเตียง	64.3%	65.28%	57.54%	68.13%
7.จำนวนวันนอนเฉลี่ย/คน	1.64	1.83	1.75	1.63
8.จำนวนคนเฉลี่ย/วัน	7 (6.47)	7 (6.52)	6 (5.73)	7 (6.82)

จากตาราง 2.1 แสดงสถิติผู้ป่วยที่รับบริการในหน่วยสังเกตอาการ ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2558-2561 อัตราครองเตียงเมื่อปีพ.ศ. 2558 เท่ากับ 64.3% และในปี 2561 เท่ากับ 68.13% ซึ่งมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยเฉลี่ยในปัจจุบัน 7 คนต่อวัน จำนวนวันนอนเฉลี่ย ตั้งแต่ ปีพ.ศ. 2558-2561 เท่ากับ 1.64,1.83,1.75, และ 1.63 วันตามลำดับ ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์และขอบเขตในการให้บริการ แต่ก็ยังพบว่าในการให้บริการผู้ป่วยในหน่วยสังเกตอาการ ผู้ป่วยที่รับไว้ดูแลมีอาการเปลี่ยนแปลง อาการทรุดลง ไม่สามารถจำหน่ายได้ตามแผนการรักษา ต้องย้ายผู้ป่วยเข้าแผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม รวมถึงผู้ป่วยที่รับย้ายมาจากหอผู้ป่วยอายุรกรรมเพื่อวางแผนจำหน่ายภายใน 1-2 วัน ต้องย้ายกลับเนื่องจากมีอาการทรุดลง จำนวนผู้ป่วยที่ไม่สามารถจำหน่ายได้ภายใน 1- 2 วัน มีจำนวนที่เพิ่มขึ้นทุกปี นอกจากนี้ยังพบว่า มีอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกปีพ.ศ. 2561 (ศูนย์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล พระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี, 2561) มีจำนวนถึง 48 อุบัติการณ์ และมีเป็นความรุนแรงระดับ E จำนวน 5 อุบัติการณ์ ซึ่งเป็นอุบัติการณ์ที่เกี่ยวกับการวินิจฉัยล่าช้า/ผิดพลาด นอกจากนี้ยังพบว่ามีอุบัติการณ์ทางคลินิกด้านอื่น ๆ เช่น การไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดส่งผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงเกินเกณฑ์ที่กำหนด และพบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนการบริหารยาจำนวน 14 ครั้ง จากการไม่ได้ยาผู้ป่วย แจกยาผิดคน ให้ยาผิดเวลา

การให้บริการพยาบาลในหน่วยสังเกตอาการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีที่ผ่านมา มีวัตถุประสงค์เพื่อลดความแออัดในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม โดยรองรับผู้ป่วยอายุรกรรมที่ไม่จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาลเพื่อสังเกตอาการ หรือให้การรักษาไม่เกิน 48 ชั่วโมง ซึ่งก็สอดคล้องกับมาตรฐานการจัดบริการหน่วยสังเกตอาการตามคู่มือแนวทางการจัดบริการห้องฉุกเฉินที่เหมาะสมกับ

ระดับศักยภาพสถานพยาบาล Part 3 (ชาติชาย คล้ายสุบรรณ, 2561) แต่ด้วยสภาพความแออัดของผู้ป่วยในอายุรกรรมของโรงพยาบาล พระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จึงเพิ่มเกณฑ์การรับผู้ป่วยหน่วยสังเกตอาการ คือ รับผู้ป่วยในสามัญอายุรกรรมที่รอจำหน่ายมาพักรักษาที่หน่วยสังเกตอาการ จึงทำให้ลักษณะการรับผู้ป่วยของหน่วยสังเกตอาการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี มีความแตกต่างจากโรงพยาบาลอื่น นอกจากนี้ยังพบข้อแตกต่าง เมื่อเทียบกับมาตรฐานการจัดบริการหน่วยสังเกตอาการตามคู่มือแนวทางการจัดบริการห้องฉุกเฉินที่เหมาะสมกับระดับศักยภาพสถานพยาบาล Part 3 คือ หน่วยงานสังเกตอาการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีอยู่ภายใต้การบริหารของแผนก จักษุ โสต ศอ นาสิก และใช้อัตราค่าลึงพยาบาลของผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิก มาช่วยดูแลผู้ป่วยสังเกตอาการ โดยไม่แยกออกมาจากหน่วยงานหลัก เนื่องจากสถานที่ตั้งของหน่วยสังเกตอาการอยู่ภายในหอผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิกและอัตราก่าลึงพยาบาลของหน่วยสังเกตอาการไม่เพียงพอจากข้อจำกัดดังกล่าวส่งผลถึงความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วยที่มารับบริการ ดังนั้นการพัฒนาระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จึงมีความสำคัญ

3. แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการพยาบาล

การพัฒนาระบบบริการพยาบาลจำเป็นต้องใช้ทฤษฎี หรือแนวคิดมาเป็นหลักหรือพื้นฐานในการคิดวิเคราะห์ช่วยในการตัดสินใจ และยังทำให้สามารถบริหารจัดการงานได้ถูกทิศทาง ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นก็จะได้ผลดีและถูกต้อง โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี มีวิสัยทัศน์คือ “โรงพยาบาลทันสมัย ปลอดภัย คุณภาพชั้นนำ” (Smart Hospital Safety first Top quality) ดังนั้นโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จึงมีนโยบายการนำเทคโนโลยีสารสนเทศ มาสนับสนุนการบริหารจัดการภายในโรงพยาบาลและภายในเครือข่าย ทั้งในส่วน Front & Back office และนำการกำกับติดตามคุณภาพตามมาตรฐาน HA & 2P safety มาใช้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เป็นโรงพยาบาลทันสมัย ปลอดภัย และมีคุณภาพชั้นนำ ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบบริการหน่วยสังเกตอาการที่สำคัญและสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาลได้แก่

3.1 แนวคิดการพัฒนาระบบบริการพยาบาล

3.1.1 ความหมายการพัฒนาระบบบริการพยาบาล

1) การพัฒนา หมายถึง การทำให้ดีขึ้น เจริญขึ้น โดยการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงที่มีเป้าหมาย ก่อให้เกิดความเจริญ หรือดีขึ้นจากระดับหนึ่งไปอีกระดับหนึ่ง เกิดความก้าวหน้าเพิ่มขึ้น เกิดการพัฒนาเกิดในระดับต่างๆ เช่น ระบบ องค์กร หน่วยงาน บุคคล (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2542; สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ และอภิญา จำปามูล, 2559)

2) ระบบ หมายถึง ส่วนประกอบต่างๆ ที่อยู่รวมกัน มีความสัมพันธ์กัน โดยที่ ส่วนต่างๆสามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีระเบียบ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ (พูลสุข หิงคานนท์, 2559)

3) ระบบบริการพยาบาล หมายถึง องค์ประกอบต่างๆ ที่ทำหน้าที่ มีความเกี่ยวเนื่องและมีความสัมพันธ์ เพื่อให้เกิดการบริการพยาบาล คือ การบริการด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสภาพ ที่ส่งผลต่อสุขภาวะของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม โดยบุคลากรด้านการพยาบาลเป็นผู้ให้บริการ ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า หรือโครงสร้าง ของระบบ คือ ทรัพยากรต่างๆ ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ กระบวนการในการบริการ และผลลัพธ์ของการบริการ (พูลสุข หิงคานนท์, 2559)

การพัฒนาระบบบริการพยาบาล หมายถึง การปรับปรุงเปลี่ยนแปลง องค์ประกอบต่างๆ ที่ทำหน้าที่ร่วมกันเพื่อให้เกิดการบริการพยาบาล ได้แก่ ด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้สุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ และบรรลุเป้าหมายที่วางไว้

3.1.2 ความสำคัญของการพัฒนาระบบการบริการพยาบาล

1) ความสำคัญต่อผู้ป่วย การได้รับบริการที่มีคุณภาพ มีมาตรฐานจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีจากการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ สอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้บริการ เกิดความประทับใจและความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ ทั้งกับผู้ป่วยและญาติ ส่งผลต่อการหายจากอาการเจ็บป่วย และกลับมารับบริการซ้ำในครั้งต่อไป (พูลสุข หิงคานนท์, 2557)

2) ความสำคัญต่อผู้ให้บริการ การพัฒนาคุณภาพระบบบริการ จะทำให้ผู้ให้บริการได้ตระหนักถึงการปฏิบัติงานการให้การพยาบาลที่ถูกต้องได้มาตรฐาน ซึ่งจะเขียนไว้เป็นลายลักษณ์อักษร และมีการพัฒนาความรู้ทักษะความสามารถของผู้ให้บริการอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อความระมัดระวังการป้องกันไม่ให้เกิดความเสี่ยง ที่จะเป็นอันตรายต่อผู้ให้บริการ รวมถึงมีระบบการตรวจสอบและประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องตลอดกระบวนการปฏิบัติการพยาบาล เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติงานที่เป็นทีมงานและมีระบบมากขึ้น (พูลสุข หิงคานนท์, 2557)

3) ความสำคัญต่อองค์กร ทำให้เกิดความเชื่อถือไว้วางใจ จากผู้ให้บริการ รวมทั้งเกิดการพัฒนารับปรุงองค์กรให้ดีขึ้น บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้องค์กรพยาบาล มีชื่อเสียง ได้รับการยอมรับจากองค์กรอื่นๆในด้านการให้บริการที่มีคุณภาพ ทำให้เป็นประโยชน์ต่อการแข่งขัน ส่งผลให้องค์กรยังคงดำเนินอยู่ได้ต่อไป (อารี ชิวเกษมสุข, 2555)

4) ความสำคัญต่อสังคมหรือชุมชน ทำให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงเป็นธรรม ประชาชนมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี เมื่อประชาชนมี

สุขภาพดีก็จะมีความพร้อมในการพัฒนาสังคม หรือชุมชน ให้มีความมั่นคงและเข้มแข็งมีความเจริญก้าวหน้าอย่างต่อเนื่องและทัดเทียมประเทศอื่น ๆ (อารี ชิวเกษมสุข, 2555)

5) ความสำคัญต่อวิชาชีพการพยาบาล การให้บริการพยาบาลอย่างมีคุณภาพมีมาตรฐาน ทำให้เกิดภาพลักษณ์ที่ดี ทำให้วิชาชีพอื่นและสังคมให้การยอมรับองค์กรพยาบาลมากขึ้น (พลสุข หิงคานนท์ 2557)

3.1.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาล

การพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลมีความสำคัญต่อการดำเนินงานของหน่วยงานสุขภาพ มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้ (พลสุข หิงคานนท์, 2557)

1) ผู้บริหาร ผู้บริหารเป็นปัจจัยสำคัญที่จะส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพที่สำเร็จหรือไม่สำเร็จ หน้าที่สำคัญได้แก่ การวางแผน เป็นการวางแผนกำหนดทิศทาง การดำเนินการพัฒนาคุณภาพว่าจะไปทิศทางใด ต้องมีการกำหนดนโยบายวิสัยทัศน์ที่จะให้บรรลุเป้าหมาย การจัดโครงสร้างองค์กร กำหนดสายการบังคับบัญชา กำหนดผู้รับผิดชอบในงานอย่างชัดเจน เพื่อทำให้เกิดโครงสร้างของงานแต่ละงาน ผู้บริหารต้องมีความสามารถในการนำผู้ร่วมงานให้สามารถปฏิบัติงานไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ การบริหารกำลังคน จัดกำลังคนในการทำงาน และการมอบหมายงานให้แก่ผู้ปฏิบัติที่เหมาะสมและเพียงพอ รวมถึงการพัฒนาสมรรถนะของผู้ปฏิบัติงาน การควบคุมผู้บริหารจำเป็นต้องมีความสามารถในการสังเกตไวต่อการเปลี่ยนแปลง จัดระบบการติดตามประเมินผลงาน และรายงานผลงานได้ ซึ่งจะส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพให้สำเร็จตามที่ตั้งเป้าหมายไว้

2) ผู้ปฏิบัติงาน ต้องเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ มีทักษะในการปฏิบัติงานที่มีมาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับได้ และทัศนคติที่ดี ผู้ปฏิบัติต้องได้รับการศึกษาเพิ่มพูนทักษะต่อการปฏิบัติงานและมาตรฐานที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ผู้ปฏิบัติจะต้องมีความรู้สึกรับผิดชอบร่วมกัน หรือตระหนักในการให้บริการโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยเป็นสำคัญ

3) ปัจจัยเกี่ยวพัน หมายถึง สถานที่ วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการให้บริการกับผู้ให้บริการ ต้องมีความเพียงพอ ทันสมัย มีความปลอดภัย มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับชนิดหรือลักษณะความต้องการของผู้มารับบริการและการใช้เวลาในการมารับบริการต้องเหมาะสม เป็นที่พึงพอใจแก่ผู้ให้บริการ

ในปัจจุบันสภาการพยาบาลได้ประกาศมาตรฐานการพยาบาล พ.ศ.2562 เพื่อเป็นแนวทางการบริการพยาบาลให้มีคุณภาพและได้มาตรฐาน นอกจากมาตรฐานการพยาบาล พ.ศ. 2562 ซึ่งกำหนดให้ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์และผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ต้องรักษามาตรฐานของการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ตามที่สภาการพยาบาลประกาศกำหนด โรงพยาบาลได้นำมาตรฐานของสถาบันพัฒนาและ

รับรองคุณภาพโรงพยาบาล (สรพ.) มาใช้ในพัฒนาและการประเมินคุณภาพของโรงพยาบาล เพื่อผู้ให้บริการในโรงพยาบาลได้รับบริการพยาบาลที่ถูกต้องเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดและปลอดภัย

3.2 มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ

ตามที่สถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (สรพ.) ได้มีการปรับปรุงมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพขึ้นเป็นมาตรฐานฉบับที่ 4 (2561) (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์การมหาชน, 2561ก) เพื่อการประเมินและรับรองโรงพยาบาล เพื่อให้โรงพยาบาลได้ใช้เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาระบบงานและการดูแลผู้ป่วย การออกแบบระบบงานที่เหมาะสมและส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ขอบเขตและเนื้อหาของมาตรฐาน ครอบคลุมการบริหารโรงพยาบาล การจัดการระบบงานสำคัญ กระบวนการดูแลผู้ป่วยรวมถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เนื้อหาในมาตรฐานทั้ง 4 ตอน มีรายละเอียด ดังนี้

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

I-1 การนำ (LED) คือ การกระทำของผู้ในระดับสูงซึ่งนำและทำให้องค์กรยั่งยืน ผ่านวิสัยทัศน์และค่านิยม การสื่อสารที่ได้ผลกับบุคลากร การสร้างสิ่งแวดล้อม เพื่อความสำเร็จขององค์กร และกำหนดจุดเน้นที่การปฏิบัติ รวมถึงองค์กรทำให้มั่นใจในระบบการกำกับ ดูแลกิจการที่มีความรับผิดชอบ ปฏิบัติตามกฎหมาย มีจริยธรรม มีความรับผิดชอบต่อสังคม วางระบบกำกับดูแลทางคลินิก

I-2 กลยุทธ์ (Strategy Development) องค์กรวางแผนเชิงกลยุทธ์ เพื่อตอบสนองความต้องการบริการสุขภาพ ตอบสนองความท้าทาย และสร้างความเข้มแข็งให้กับการดำเนินงานขององค์กร องค์กรถ่ายทอดแผนกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ และติดตามความก้าวหน้า

I-3 ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (Voice of Patient/ Customer) มีโครงการรับฟังและเรียนรู้จากผู้ป่วย ผู้รับผลงานอื่น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่น่าไปใช้ประโยชน์ ในการตอบสนองความต้องการ/ความคาดหวัง องค์กรสร้างความผูกพันกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงานด้วยการตอบสนองความต้องการและสร้างความสัมพันธ์ ตลาดและให้การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยยอมรับฟังและเรียนรู้จากผู้ป่วย/ผู้รับผลงานเพื่อให้ได้ข้อมูลที่จะนำไปใช้ในการตอบสนองความต้องการ

I-4 การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ (Information and Knowledge Management) องค์กรรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่เหมาะสม ใช้ผลการทบทวนเพื่อปรับปรุงผลงานขององค์กรและส่งเสริมการเรียนรู้ เพื่อประเมินความสำเร็จขององค์กร และให้ความมั่นใจในความปลอดภัยของข้อมูลส่วนบุคคลหรือข้อมูล/สารสนเทศที่มีการรักษาความลับ และการเข้าถึงตามสิทธิที่เหมาะสมมีการป้องกันตรวจจับตอบสนอง และฟื้นฟูระบบสารสนเทศจากการโจมตีจากภายนอกองค์กร

I-5 กำลังคน (WKF) องค์กรสร้างความผูกพัน กำลังคน มีระบบจัดการผลการปฏิบัติงาน ส่งเสริมการเรียนรู้ บริหารขีดความสามารถ อัตรากำลัง และพัฒนาเพื่อให้กำลังคนมีผลงาน จัดให้มีสภาพแวดล้อมและบรรยากาศที่เอื้อให้กำลังคนมีสุขภาพดีและมีความปลอดภัย เพื่อให้ งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ

I-6 การปฏิบัติการ (Operational Effectiveness) กระบวนการทำงานองค์กร ออกแบบจัดการ และปรับปรุงการจัดบริการสุขภาพกระบวนการทำงานที่สำคัญ นำหลักวิชาการ แนวทางปฏิบัติของวิชาชีพ คุณค่าในมุมมองของผู้ป่วย ความคล่องตัว ความปลอดภัยและมีมิติคุณภาพ ต่าง ๆ มาใช้ในการออกแบบบริการและกระบวนการ ส่งเสริมให้นำโอกาสเชิงกลยุทธ์มาพัฒนา นวัตกรรม สนับสนุนการเงินและทรัพยากรอื่น ๆ ที่จำเป็น สร้างเจตคติในเรื่องความปลอดภัย เพื่อส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วย/ลูกค้าอื่นและทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ (RSQ) มีการบริหารงาน คุณภาพ ที่ประสานสอดคล้องกันในทุกระดับ มีการบริหารงานคุณภาพที่ประสานสอดคล้องกันในทุก ระดับ องค์กรนำระบบบริหารงานคุณภาพสู่การปฏิบัติ

II-2 การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ (PFG) มีระบบบริหารการพยาบาลรับผิดชอบต่อการ จัดบริการพยาบาลที่มีคุณภาพสูง เพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร มีการจัดตั้งองค์กรแพทย์ เพื่อบรรลุ พันธกิจขององค์กร มีระบบบริหารการพยาบาลที่รับผิดชอบต่อการจัดบริการพยาบาลที่มีคุณภาพสูง เพื่อบรรลุพันธกิจของ องค์กร ด้านการบริหารการพยาบาล ด้านปฏิบัติการพยาบาล

II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย (ENV) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพขององค์กรเอื้อต่อ ความปลอดภัย ทำให้โรงพยาบาลเป็นสถานที่ที่ปลอดภัย เอื้อต่อสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพ พึงพิทักษ์สิ่งแวดล้อมและความผาสุกของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่และผู้มาเยือน อาคารสถานที่ปลอดภัยจาก อัคคีภัย วัสดุและของเสียอันตราย หรือภาวะฉุกเฉินอื่นๆ มีเครื่องมือที่จำเป็น พร้อมใช้งาน ทำหน้าที่ ได้เป็นปกติ และมีระบบสาธารณสุขที่จำเป็นพร้อม ใช้งานได้ตลอดเวลา

II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC) องค์กรจัดให้มีระบบป้องกันและควบคุม การติดเชื้อ รวมถึงระบบเฝ้าระวังและติดตามที่เหมาะสมกับบริบท ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอ และมีการประสานงานที่ดี มีการวิเคราะห์ความเสี่ยง/โอกาสเกิดการติดเชื้อที่ครอบคลุม ที่มีผลต่อ ผู้ป่วย เจ้าหน้าที่และผู้มาเยือน องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีการปฏิบัติที่เหมาะสม เพื่อการป้องกันการ ติดเชื้อจากบริการสุขภาพ โดยคำนึงถึงลักษณะโครงสร้าง สถานที่ ลักษณะของงาน ลักษณะของกลุ่ม ผู้ป่วยและเหตุการณ์ รวมถึงสิ่งแวดล้อม มีกำหนดนโยบาย และเกณฑ์ปฏิบัติในการป้องกันและควบคุม การติดเชื้อเป็นลายลักษณ์อักษร มีมาตรการเพื่อจัดการ และควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยา

หรือโรคอุบัติใหม่ การดูแลและป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ จัดโครงสร้างอาคารสถานที่ วางระบบการควบคุม

II-5 ระบบเวชระเบียน (MRS)

II-6 ระบบการจัดการด้านยา (MMS) องค์กรสร้างความมั่นใจในระบบการจัดการด้านยาที่ปลอดภัย เหมาะสม และได้ผล รวมทั้งการมียาที่มีคุณภาพสูง พร้อมใช้สำหรับผู้ป่วย ผ่านกลไกการกำกับดูแลและสิ่งแวดล้อมสนับสนุน มีความปลอดภัย ความถูกต้อง ความเหมาะสม และประสิทธิผลของกระบวนการทั้งหมดตั้งแต่การ สั่งจ่ายจนถึงการบริหารยา มีระบบการจัดการด้านยาที่ปลอดภัย เหมาะสม และได้ผล รวมทั้งการมียาที่มีคุณภาพสูงพร้อมใช้สำหรับผู้ป่วย ผ่านกลไกการกำกับดูแลและสิ่งแวดล้อมสนับสนุน

II-7 การตรวจทดสอบเพื่อการวินิจฉัยโรค และบริการที่เกี่ยวข้อง (DIN)

II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ (DHS)

II-9 การทำงานกับชุมชน (COM)

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (ACN)

การเข้าถึงและการรับบริการ ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้โดยสะดวกมีกระบวนการการรับผู้ป่วยที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ/ความต้องการของผู้ป่วย อย่างทันเวลามีการประสานงานที่ดีภายใต้ระบบงานและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมมีประสิทธิภาพ

1. ชุมชนเข้าถึงบริการที่เหมาะสมกับปัญหาและความจำเป็นโดยที่ทีมผู้ให้บริการพยายามลดอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการ ตอบสนองต่อผู้รับบริการอย่างรวดเร็วระยะเวลารอคอยเพื่อเข้ารับบริการเป็นที่ยอมรับของชุมชนที่มาใช้บริการ

2. มีการประสานงานที่ดีเพื่อส่งผู้ป่วยไปรับ ในระยะเวลาที่เหมาะสมและปลอดภัย

3. ผู้ป่วยได้รับการคัดแยกภายในเวลาอันรวดเร็ว เพื่อให้ได้รับการดูแลในผู้ป่วยฉุกเฉินหรือเร่งด่วนโดยเจ้าหน้าที่มีศักยภาพและอุปกรณ์เครื่องมือที่เหมาะสม

4. ประเมินความสามารถในการรับผู้ป่วยไว้ตามเกณฑ์ที่กำหนดในกรณีที่ไม่สามารถให้บริการแก่ผู้ป่วยได้จะให้การช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างเหมาะสมและอธิบายเหตุผลที่ไม่สามารถรับผู้ป่วยไว้และช่วยช่วยเหลือในการหาสถานบริการที่เหมาะสมกว่า

5. รับย้ายหรือรับเข้าหน่วยบริการวิกฤติหรือหน่วยบริการพิเศษเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

6. มีการให้ข้อมูลที่เหมาะสมเข้าใจง่ายแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อรับผู้ป่วยไว้ใน การดูแล และองค์กรต้องให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วย/ครอบครัวได้รับข้อมูลที่จำเป็นอย่างเพียงพอด้วยความ เข้าใจและมีเวลาในการพิจารณาอย่างเพียงพอก่อนตัดสินใจ

7. มีการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลความยินยอมจากผู้ป่วย /ครอบครัวในเวชระเบียน ก่อนที่จะให้บริการหรือเข้าร่วมกิจกรรมบริการหรือกิจกรรมที่ควรจะมีการให้ความยินยอมได้แก่การ ผ่าตัดหรือทำหัตถการการใช้ยาระงับความรู้สึกและการทำให้สงบในระดับปานกลาง /ระดับลึก บริการ ที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือเข้าร่วมในการวิจัยหรือการทดลอง การถ่ายภาพ หรือกิจกรรมประชาสัมพันธ์ต้องได้รับการยินยอมและควรระบุระยะเวลาหรือขอบเขตที่ให้ความ ยินยอมไว้ด้วย

8. องค์กรจัดทำและนำไปปฏิบัติซึ่งแนวทางการบ่งชี้ผู้ป่วยอย่างถูกต้อง

III-2 การประเมินผู้ป่วย (ASM)

การประเมินผู้ป่วย ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความต้องการและปัญหาสุขภาพ อย่างถูกต้องครบถ้วนและเหมาะสม

1. การประเมินผู้ป่วย ประกอบด้วย ประเมินผู้ป่วยครอบคลุมรอบด้าน และ ประสานงานเพื่อลดความซ้ำซ้อน ผู้ประกอบวิชาชีพและผู้ที่เกี่ยวข้องหรือรับผิดชอบการดูแลผู้ป่วย ร่วมกันวิเคราะห์ และเชื่อมโยงผลการประเมิน หรือระบุปัญหาและความต้องการที่เร่งด่วนและสำคัญ ประเมินแรงแกร็บของผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งด้านร่างกายและการประเมินปัจจัยด้านจิตใจ สังคม วัฒนธรรม จิตวิญญาณ และเศรษฐกิจ การประเมินผู้ป่วยกระทำโดยบุคลากรที่มีคุณวุฒิใช้วิธีที่ เหมาะสม ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่มีความปลอดภัย และทรัพยากรเพียงพอ มีแนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่ เหมาะสมกับผู้ป่วยและทรัพยากรที่มีอยู่ ในการประเมินผู้ป่วยตามช่วงเวลาที่เหมาะสม เพื่อ ประเมินผลการตอบสนองต่อการรักษา มีการบันทึกผลการประเมินในเวชระเบียน และพร้อมที่จะให้ผู้ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลได้ใช้ประโยชน์จากการประเมิน อธิบายผลการประเมินให้แก่ผู้ป่วยครอบครัวด้วยภาษา ที่เข้าใจง่ายและชัดเจน

2. การส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค

ผู้ป่วยได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคที่จำเป็นตามศักยภาพขององค์กร หรือ ได้รับการส่งต่อ เพื่อไปตรวจที่อื่นในเวลาที่เหมาะสม มีการประเมินความน่าเชื่อถือของผลการตรวจ เพื่อการวินิจฉัยโรค โดยพิจารณาเปรียบเทียบกับสภาวะของผู้ป่วย มีระบบสื่อสารและบันทึกผลการ ตรวจ เพื่อการวินิจฉัยโรคที่มีประสิทธิภาพ และแพทย์ได้รับผลการตรวจในเวลาที่เหมาะสม สามารถ สืบค้นผลการตรวจได้ง่ายไม่สูญหาย และมีการรักษาอย่างเหมาะสม อธิบายผลการตรวจเพื่อการ วินิจฉัยโรคแก่ผู้ป่วย มีการพิจารณาการส่งตรวจเพิ่มเติมถ้าพบมีความผิดปกติ

3. การวินิจฉัยโรค

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง โดยมีข้อมูลเพียงพอที่สนับสนุนการวินิจฉัย มีการลงบันทึกการวินิจฉัยโรคภายในเวลาที่กำหนด บันทึกการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยโรคเมื่อมีข้อมูลเพิ่มเติม มีการกำหนดเรื่องการลดข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรค ซึ่งเป็นเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย

III-3 การวางแผน (PLN)

การวางแผนการดูแลผู้ป่วย ทีมผู้ให้บริการทำแผนการดูแลผู้ป่วยมีประสานกัน อดี การวางแผนการดูแลผู้ป่วยประสานและเชื่อมโยงระหว่างสหสาขาวิชาชีพ และหน่วยบริการต่าง ๆ มีการนำหลักฐานวิชาการ หรือแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย สามารถตอบสนองความต้องการ/ปัญหาของผู้ป่วยจากการประเมินได้อย่างครบถ้วน และมีเป้าหมายที่ชัดเจนสอดคล้องกับปัญหา/ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย ผู้ป่วยและครอบครัวมีโอกาสตัดสินใจในการรักษา หลังได้รับข้อมูลที่เพียงพอ และมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล มีการระบุเป้าหมายให้ครอบคลุมทั้งในระยะสั้นและยาว มีการสื่อสารประสานงานระหว่างสมาชิกของทีมผู้ให้บริการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และสมาชิกของทีมผู้ให้บริการมีความเข้าใจบทบาทของผู้ที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ มีการทบทวนและปรับแผนการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีข้อบ่งชี้ หรืออาการของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลง แพทย์พยาบาลและวิชาชีพที่เกี่ยวข้องรวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว มีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย โดยประเมินและระบุปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้นหลังจำหน่าย มีการประเมินซ้ำเป็นระยะในช่วงที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล มีการปฏิบัติตามแผนจำหน่ายในลักษณะที่มีการเชื่อมโยงกับแผนการดูแลระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล ตามหลักการเสริมพลังมีการประเมินผลและปรับปรุงกระบวนการวางแผนจำหน่ายโดยใช้ข้อมูลจากการติดตามผู้ป่วยและข้อมูลสะท้อนกลับจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

III-4 การดูแลผู้ป่วย (PCD)

1. การดูแลทั่วไป ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลอย่างทันท่วงที ปลอดภัยเหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพ มีการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมปลอดภัยทันเวลาโดยผู้ที่ดูแล มีคุณสมบัติที่เหมาะสม การบริการเป็นไปตามหลักปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับในปัจจุบัน สิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการดูแลที่มีคุณภาพ โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีและความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย สะดวกสบายและความปลอดภัยป้องกันอันตราย/ความเครียด/เสียง/สิ่งรบกวนต่าง ๆ ทีมผู้ให้บริการสามารถจัดการกับภาวะแทรกซ้อนภาวะวิกฤตหรือภาวะฉุกเฉินได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย ทีมผู้ให้บริการประเมินความคาดหวังของครอบครัว ในการมีส่วนร่วมการดูแลผู้ป่วยและตอบสนองต่อความต้องการเหล่านี้ ในลักษณะองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ มีการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสานการดูแลผู้ป่วยภายในทีม เพื่อความต่อเนื่องในการดูแล

2. การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง ทีมผู้ให้บริการวิเคราะห์ผู้ป่วยและบริบทที่มีความเสี่ยงสูง ร่วมกันจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยง

สูงดังกล่าว บุคลากรได้รับการอบรมเพื่อนำแนวทางการดูแลผู้ป่วย ในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงมาสู่การปฏิบัติ การทำหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง ต้องทำในสถานที่เหมาะสม มีความพร้อมทางด้านเครื่องมือ และผู้ช่วยทำหัตถการ มีการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสมกับความรุนแรง เมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลง หรือเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะวิกฤต มีผู้เชี่ยวชาญให้การประเมินผู้ป่วย มีการช่วย stabilize ผู้ป่วย สื่อสารการให้ความรู้ หรือย้ายผู้ป่วยถ้าจำเป็น ผู้ให้บริการติดตามและวิเคราะห์แนวโน้มของภาวะแทรกซ้อน หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยดังกล่าว เพื่อนำมาปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย

3. การดูแลเฉพาะทีมผู้ให้บริการ สร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลในบริการเฉพาะที่สำคัญอย่างทันท่วงที ปลอดภัย และเหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพ ได้แก่ การระงับความรู้สึก การผ่าตัด อาหารและโภชนบำบัด การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การจัดการความปวด การฟื้นฟูสภาพ การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว (IMP)

การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานะสุขภาพแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว และกิจกรรมที่วางแผนไว้เพื่อเสริมพลังผู้ป่วย/ครอบครัวให้มีความสามารถและรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมทั้งเชื่อมโยงการเสริมสร้างสุขภาพเข้าในทุกขั้นตอนของการดูแล

III-6 การดูแลต่อเนื่อง (COC)

การดูแลต่อเนื่อง ทีมผู้ให้บริการสร้างความร่วมมือและประสานงาน เพื่อให้มีการติดตามและดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและให้ผลดี ระบุกลุ่มผู้ป่วยสำคัญที่ต้องใช้ขั้นตอนการจำหน่ายและส่งต่อผู้ป่วยเป็นกรณีพิเศษ เพื่อสร้างความมั่นใจในผลการส่งต่อที่ทันเวลาและปลอดภัย การดูแลขณะส่งต่อดำเนินการโดยบุคลากรที่มีศักยภาพ มีการส่งต่อข้อมูลที่เหมาะสม ยานพาหนะที่ใช้ในการส่งต่อผู้ป่วย มีมาตรฐานความปลอดภัยมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ และเวชภัณฑ์ที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย มีระบบนัดหมายเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน เพื่อกลับมารักษาต่อเนื่องและมีระบบช่วยเหลือ และให้คำปรึกษาเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลตามความเหมาะสม สร้างความร่วมมือและประสานงานกับหน่วยบริการระดับต่าง ๆ และภาคส่วนอื่น ๆ สื่อสารข้อมูลของผู้ป่วยให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการรับต่อการดูแลต่อเนื่อง ทั้งภายในและภายนอกองค์กรโดยคำนึงถึงการรักษาความลับของผู้ป่วย มีการทบทวนเวชระเบียน เพื่อประเมินความเพียงพอของข้อมูลสำหรับการดูแลต่อเนื่อง มีการติดตามผลการดูแลต่อเนื่องเพื่อให้ตรงความต้องการของผู้ป่วย และนำผลการติดตามมาใช้ในการปรับปรุงเพื่อวางแผนการบริการในอนาคต

ตอนที่ IV ผลลัพธ์

การประเมินผลลัพธ์ด้านต่าง ๆ ได้แก่ ผลด้านการดูแลสุขภาพ ผลด้านการมุ่งเน้นของผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น ผลด้านกำลังคน ผลด้านการนำ ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ ผลด้านการเงิน

นอกจากมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพขึ้นเป็นมาตรฐานฉบับที่ 4 (2561) สรพ. ได้มีการพัฒนาเรื่องความปลอดภัยของผู้รับบริการและบุคลากรสาธารณสุขโดยเป้าหมายคือ ผู้มารับบริการมีสุขภาพที่ดี เกิดระบบบริการที่มีคุณค่า ปลอดภัยทั้งผู้รับบริการและบุคลากรสาธารณสุข ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข

3.3 ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข (Patient and Personnel Safety: 2P Safety) ดังนี้

3.3.1 Patient Safety Goals หรือ ความปลอดภัยของผู้ป่วย (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์การมหาชน, 2561ข) สรพ. ได้มีการพัฒนาเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยกับกระทรวงสาธารณสุข องค์การวิชาชีพ และหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ โดยมีการกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Goals) ของประเทศไทย และสนับสนุนให้โรงพยาบาลมีเป้าหมายความปลอดภัย ให้พัฒนาระบบต่าง ๆ อย่างเป็นรูปธรรม โดยกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยเป็นข้อความที่ง่ายต่อการจดจำ คือ “SIMPLE” ได้แก่

1) *S: Safe Surgery and Invasive Procedure* มีเป้าหมายเพื่อลดข้อผิดพลาดและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้จากกระบวนการผ่าตัด ส่งเสริมการสื่อสารการทำงานเป็นทีมที่คำนึงถึง critical safety steps ร่วมกัน ป้องกันและลดอัตราการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ลดระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล (hospital stay) เพิ่มคุณภาพชีวิต (quality of life) ของผู้ป่วยหลังผ่าตัด สร้างการมีส่วนร่วมของทีม ผู้ให้การรักษา ผู้ป่วย และญาติ ป้องกันการเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำของขา (deep vein thrombosis) และภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด (pulmonary embolism; PE) ในผู้ป่วยศัลยกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกโดยบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถที่เหมาะสม มีกระบวนการการให้ยาระงับความรู้สึกตามมาตรฐานวิชาชีพ ด้วยเครื่องมือ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เหมาะสม เพื่อให้ได้รับการผ่าตัดโดยปลอดภัย ลดอัตรา เสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อน มีระบบการดูแลเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ทุกชนิดให้ใช้ได้อย่างปลอดภัย รวมทั้งได้รับการทำลายเชื้อหรือทำให้ปราศจากเชื้อด้วยกระบวนการที่ถูกต้องตามมาตรฐาน ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากกระบวนการผ่าตัด

2) *I: Infection Prevention and control* บุคลากรทำความสะอาดมืออย่างถูกต้องและเป็นนิสัย เมื่อทำการตรวจหรือรักษาพยาบาลผู้ป่วย ป้องกันการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ ป้องกันการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ ป้องกันการติดเชื้อ

จากการใช้สายสวนหลอดเลือดดำ ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อก่อโรคในโรงพยาบาล ป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

3) *M: Medication & Blood Safety* ลดความคลาดเคลื่อนทางยา ความเสี่ยงสูงที่ก่อให้เกิดอันตรายรุนแรงหากถึงตัวผู้ป่วย ลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาความเสี่ยงสูง มีระบบป้องกันการแพ้ยาซ้ำ การแพ้ยากุ่มเดียวกัน จากการสั่งจ่ายยา การจ่ายยาและการบริหารยา ในผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาลดลง ปฏิกริยาระหว่างยา = 0 ผู้ป่วยปลอดภัยจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ที่มีสาเหตุจากการเกิดปฏิกริยาระหว่างยา เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาในกลุ่มยาที่มีชื่อยา เขียนคล้ายกันหรือออกเสียงคล้ายกัน เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการใช้ยาในทุกขั้นตอน การให้ยาและการติดตามผลการใช้ยา ผู้ป่วยต้องได้รับการซักประวัติ และสืบค้นให้ได้รายการยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่ ทั้งรายการยาจากสถานพยาบาลต่าง ๆ ยาที่ซื้อใช้เอง รวมทั้งสมุนไพรและอาหารเสริม ผสมชื่อยา ขนาดยา ความถี่ วิธีใช้ และเวลาที่ผู้ป่วยใช้ยามาครั้งสุดท้าย โดยต้องตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และแพทย์ต้องมาทบทวนรายการทั้งหมด เพื่อรับทราบข้อมูลก่อนการสั่งยา การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use – RDU) เป็นวัฒนธรรมองค์กรที่มุ่งสู่การใช้ยาอย่างปลอดภัย เกิดประโยชน์จริงต่อผู้ป่วยด้วยค่าใช้จ่ายที่ต่ำที่สุดต่อบุคคลและสังคม และลดความเสี่ยงเพิ่มความปลอดภัยในการรักษาผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับโลหิตและส่วนประกอบโลหิต

4) *P: Patient Care Processes* มีระบบเพื่อให้การบ่งชี้ตัวผู้ป่วย เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และป้องกันการบ่งชี้ตัวผู้ป่วยผิด เพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลการสื่อสารในภาวะวิกฤต โดยใช้กรอบการสนทนาระหว่างผู้ให้การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับทราบผลการทดสอบของผู้ป่วยที่มีค่าวิกฤตได้โดยด่วน ลดการสั่งการรักษาโดยใช้คำพูดทางโทรศัพท์ ลดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนจากการสั่งการรักษา หรือการรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยการใช้คำพูดหรือทางโทรศัพท์ ลดความผิดพลาดจากการสื่อสารโดยการใช้คำย่อ ลดข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยได้รับการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับตามแนวทางที่กำหนด ลดอุบัติการณ์การลื่นตกหกล้ม และการบาดเจ็บจากการลื่นตกหกล้ม ผู้ป่วยที่ปวดควรได้รับการจัดการความปวดอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ ด้วยความเหมาะสมตามบริบทที่สถานพยาบาลนั้น ๆ มีบุคลากรและทรัพยากรที่สามารถกระทำได้ ผู้ป่วยมะเร็งที่ปวดควรได้รับการประเมิน และได้รับการจัดการความปวดร่วมไปกับอาการไม่สุขสบายอื่น ๆ ทางกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และด้านสังคม อย่างครอบคลุมและเหมาะสมตามช่วงเวลาของโรค และได้รับการดูแลในระยะสุดท้ายให้เป็นไปตามเจตจำนงตามบริบทที่สถานพยาบาลนั้น ๆ มีบุคลากรและทรัพยากรที่สามารถกระทำได้ ลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (adverse event) ในการส่งต่อผู้ป่วย

5) *L: Line, Tube & Catheter and Laboratory* มีกระบวนการลดอุบัติการณ์การเกิดความผิดพลาดจากการต่อสายผิดชนิด (Misconnection) และการเลื่อนหลุดของข้อต่อ

(Disconnection) รวมถึงความปลอดภัยจากการใช้เครื่องควบคุมการไหลของสารน้ำ (Infusion pump) มีระบบหรือกระบวนการเพื่อให้ผลการทดสอบทางห้องปฏิบัติการเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย และแพทย์ในการวินิจฉัยโรค/ให้แนวทางในการรักษา/ติดตามผลการรักษา/พยากรณ์โรค/ป้องกันโรค/ ประเมินสภาวะสุขภาพ

6) *E: Emergency Response* มีกระบวนการที่สามารถลดความเสี่ยงและเพิ่มความปลอดภัยในการดูแลรักษาผู้ป่วยทรุดลงในโรงพยาบาล ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น มีระบบการดูแลรักษาผู้ป่วย Acute Coronary Syndrome (ACS), acute stroke, severe sepsis และ septic shock ให้มีประสิทธิภาพได้มาตรฐานเป็นที่ยอมรับ และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง มีความเหมาะสมกับทรัพยากรทางการแพทย์ภาวะเศรษฐกิจและสังคมไทย และมีการนวดหัวใจผายปอดกู้ชีพอย่างเป็นระบบตามมาตรฐาน มีระบบการดูแลภาวะตกเลือดหลังคลอด ป้องกันการตายของมารดาและทารก และลดภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด ลดและป้องกันการเสียชีวิต หรือภาวะแทรกซ้อนในทารกที่มีภาวะพร่องออกซิเจนตอนแรกเกิด มีระบบที่เพิ่มประสิทธิภาพของการคัดแยกและจัดลำดับการบริบาล ณ.ห้องฉุกเฉิน ลดความผิดพลาด/ล่าช้าในการวินิจฉัยผู้ป่วยกลุ่มอาการ/อาการแสดง/โรคที่มีความเสี่ยงสูงในห้องฉุกเฉิน เพิ่มประสิทธิภาพของการทำงานเป็นทีม (teamwork) และการสื่อสารในห้องฉุกเฉิน (communication) เพิ่ม patient flow ในห้องฉุกเฉิน หมายถึงกระบวนการไหลของผู้ป่วยตั้งแต่มาถึงห้องฉุกเฉิน (door) ผ่านกระบวนการดูแลรักษา (care process) จนถึงผู้ป่วยออกจากห้องฉุกเฉิน (departure) และเพิ่มประสิทธิภาพการเตรียมความพร้อมรับภาวะฉุกเฉิน สาธารณภัยในโรงพยาบาล

3.3.2. Personnel Safety Goals ความปลอดภัยของบุคลากรทางสาธารณสุข มุ่งเน้นสร้างความตระหนักให้เห็นความสำคัญในความเสี่ยงที่ป้องกันได้ และกำหนดเป็นเป้าหมายความปลอดภัยของบุคลากรทางสาธารณสุข โดยนำอักษร SIMPLE มากำหนดเป็นอักษรนำของเป้าหมายความปลอดภัยของบุคลากร เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่จดจำง่ายและต่อเนื่อง (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์การมหาชน, 2561ค) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) *S : Security and Privacy of Information and Social Media*

(1) *Security and Privacy of Information* คือ ความมั่นคงปลอดภัยสารสนเทศ (Information Security) คือ การคุ้มครองป้องกัน ข้อมูลและระบบสารสนเทศของบุคคลหรือองค์กร มีเป้าหมายเพื่อให้ความมั่นคงปลอดภัย และความเป็นส่วนตัวของข้อมูลสารสนเทศของผู้ให้บริการและผู้รับบริการได้รับความคุ้มครอง

(2) *Social Media and Communication Professionalism* “สื่อสังคมออนไลน์” (social media) เป้าหมายเพื่อให้บุคลากรของสถานพยาบาล มีการใช้งานและการสื่อสาร ผ่านสื่อ

สังคมออนไลน์ (social media) และสื่ออื่น ๆ อย่างเหมาะสม มีความเป็นมืออาชีพ (professionalism) ลดปัญหา ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับตัวเองและองค์กร

2) I: Infection & Injury

(1) Fundamental of Infection Prevention and Control for Workforce

การติดเชื้อในบุคลากรสุขภาพขณะปฏิบัติงาน (Occupationally-Acquired Infection) ได้แก่ โรคติดเชื้อที่บุคลากรสุขภาพสัมผัสขณะปฏิบัติงาน และอาจเกิดการติดเชื้อ (infection) หรือโรค (disease) ขึ้น โดยการสัมผัสผู้ป่วยหรือเลือด สารคัดหลั่ง เนื้อเยื่อ อวัยวะของผู้ป่วย หรือสัตว์ทดลอง รวมทั้งวัสดุอุปกรณ์ที่มีเชื้อก่อโรค การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในบุคลากรสุขภาพระหว่างการปฏิบัติงาน (Infection Prevention and Control for Workforce) ได้แก่ การลดความเสี่ยงต่อการสัมผัส หรือการแพร่กระจายของเชื้อก่อโรคขณะปฏิบัติงาน เพื่อการป้องกันหรือควบคุมการอาศัยของเชื้อ (colonization) หรือการติดเชื้อ (infection) หรือการเกิดโรค (disease) ในบุคลากรสุขภาพ เป้าหมายเพื่อความปลอดภัยของบุคลากรสุขภาพทุกระดับจากการติดเชื้อ ในระหว่างปฏิบัติงานในระดับ National Personnel Safety Goals

(2) Specific Infection Prevention and Control for Workforce การป้องกัน

และควบคุมการติดเชื้อในบุคลากรสุขภาพระหว่างการปฏิบัติงาน ได้แก่

ก) ผ่านทางอากาศ (Airborne Transmission)

ข) ผ่านละอองสารคัดหลั่งทางเดินหายใจ (Droplet Transmission)

ค) ผ่านการสัมผัสเชื้อ (Contact Transmission)

ง) ผ่านทางสัตว์พาหะนำโรค (Vector Borne Transmission)

3) M: Mental Health and Mediation

1) Mental Health ได้แก่

(1) Mindfulness at Work การมีสติในงาน หมายถึงการทำงานในสภาวะจิตที่อยู่กับปัจจุบัน ทำให้ทำกิจกรรมต่าง ๆ โดยไม่วอกแวก ไม่ถูกสอดแทรกด้วยอารมณ์ เป้าหมายเพื่อลดความเสี่ยงจากการทำงานที่ขาดการจดจ่อในงาน และลดความเสี่ยงจากการกระทบกระทั่งทางอารมณ์ระหว่างกันและกัน ระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้รับบริการ

(2) Second Victim บุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล และบุคลากรอื่นใดที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษา ในกรณีเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย และจิตใจ ที่เรียกว่า second victim phenomenon

(3) Burnout and Mental Health Disorder Burnout หมดไฟการทำงาน เป็นภาวะที่เป็นผลจากความเครียดและภาวะงานที่มากเกินไป เป้าหมายเพื่อป้องกันภาวะ

หมดไฟในการทำงานทั้งในระดับบุคลากรและองค์กร ให้การช่วยเหลือบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตให้กลับมาทำงานได้อย่างมีคุณค่า

2) *Mediation* คือการเจรจาไกล่เกลี่ยคนกลาง เป็นกระบวนการพิจารณาตัดสินหาทางออกของข้อขัดแย้ง เพื่อให้คนกลางที่มีหน้าที่กำกับกระบวนการได้ เป้าหมายเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ญาติและบุคลากรทางสาธารณสุข จะมีกลไกหรือระบบการเจรจาไกล่เกลี่ยคนกลาง เข้ามาช่วยหาทางออกที่เป็นที่ยอมรับของทุกฝ่าย ลดปัญหาการฟ้องร้องและข้อพิพาททางการแพทย์

4) *P: Personnel work (Occupational)*

(1) *Fundamental Guideline for Prevention of Work-Related Disorder* การบริหารและการจัดการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน เป็นเครื่องมือที่ทำให้บุคลากรอยู่ในสภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัย และมีการดูแลสุขภาพ ที่อาจจะเกิดผลกระทบจากการสัมผัสสิ่งคุกคามในสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ตลอดจนสภาพการทำงานที่ไม่เหมาะสม ซึ่งได้แก่ การจัดการองค์กร การออกแบบการทำงาน ชั่วโมงการทำงาน คุณลักษณะของบุคลากร ซึ่งลักษณะนี้จะมีผลต่อความปลอดภัยของบุคลากรในการทำงาน คุณภาพชีวิต และจะมีผลต่อคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย

(2) *Specific Guideline for Prevention of Work-Related Disorder* สิ่งคุกคามทางกายภาพในสถานที่ทำงาน ได้แก่ เสียงดัง แสงสว่าง ความร้อน สิ่งคุกคามทางเคมีในสถานที่ทำงาน วัสดุทางการแพทย์ชนิดก่อไอออน หมายถึง กัมมันตภาพรังสี ชีวกลศาสตร์ ได้แก่ ท่าทางการทำงาน การยกเคลื่อนย้ายสิ่งของ ทำให้เกิดการบาดเจ็บของโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อ

(3) *Fitness for Work or Duty Health Assessment* การประเมินสุขภาพเพื่อการประเมินความสามารถในการทำงานโดยปราศจากความเสียหาย สามารถประเมินสุขภาพก่อนเริ่มงาน หรือการประเมินสุขภาพก่อนกลับเข้าทำงานหลังจากเจ็บป่วย การเฝ้าระวังทางการแพทย์ระหว่างสัมผัสและหลังสัมผัสสิ่งคุกคามต่อสุขภาพ จะทำให้ลดผลกระทบต่อสุขภาพที่ร้ายแรงหรือถาวรได้

5) *L: Lane (Ambulance)* การปฏิบัติดูแลและรักษาผู้ป่วยบนรถพยาบาล ขณะนำส่งผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาล การปฏิบัติการ ณ จุดเกิดด้วยกระบวนการที่คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติการ ประชาชน และผู้ป่วย

6) *E: Environment and Working Conditions* บุคลากรและผู้ป่วยรวมถึงญาติ ผู้ป่วย และผู้มาติดต่อกับสถานพยาบาล มีความปลอดภัยจากภาวะการติดเชื้อทางอากาศ ไม่เป็นแหล่งสะสมเชื้อโรคและสารพิษภายในอาคารบริการ บุคลากรทุกคนทำงานภายใต้สภาพการทำงานที่มั่นคง ปลอดภัยตลอดเวลา บุคลากรมีความพึงพอใจ มีความปลอดภัย และมีคุณภาพชีวิตการ

ทำงาน (quality of working life) ป้องกันความรุนแรงในห้องฉุกเฉิน (prevent violence in emergency room)

จากมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 4 (2561) และความปลอดภัยของผู้ป่วย และบุคลากรทางสาธารณสุข ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อให้การบริการด้านสุขภาพมีมาตรฐานได้คุณภาพ และส่งผลให้ผู้ป่วยและบุคลากรปลอดภัย โดยครอบคลุมการบริหารโรงพยาบาล การจัดการระบบงานสำคัญ กระบวนการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการพัฒนาคุณภาพบริการหรือจัดการองค์ประกอบต่าง ๆ ที่ทำหน้าที่ในโรงพยาบาลหรือระบบงานต่าง ๆ มีความเกี่ยวเนื่องและมีความสัมพันธ์กัน ดังนั้นจึงควรพัฒนาองค์ประกอบต่าง ๆ ที่มีความเกี่ยวเนื่องและมีความสัมพันธ์กันของระบบบริการพยาบาล

3.4 แนวคิดโดนาบีเดียนในการพัฒนาระบบบริการพยาบาล

แนวคิด โดนาบีเดียน (Donabedian, 1988) เป็นแนวคิดการควบคุมผลลัพธ์คุณภาพของการรักษาพยาบาลซึ่งมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีระบบ มีองค์ประกอบหลัก 3 ด้าน ในการประเมินคุณภาพ (Donabedian Quality Assessment Model) คือ (1) โครงสร้าง (Structure) (2) กระบวนการทำงาน (Process) และ (3) ผลลัพธ์ (Outcome) การจะพัฒนาคุณภาพของการบริการสุขภาพจะต้องประเมินทั้ง 3 องค์ประกอบ ซึ่งองค์ประกอบทั้ง 3 มีความสัมพันธ์และความเกี่ยวเนื่องกัน โดยโครงสร้างที่ดี จะส่งเสริมให้เกิดกระบวนการที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดี องค์ประกอบ 3 ด้าน ประกอบด้วย

3.4.1 ด้านโครงสร้าง (Structure) คือคุณลักษณะและแหล่งสนับสนุนต่างๆภายในองค์การซึ่งครอบคลุมปัจจัยนำเข้า และการจัดการความสัมพันธ์ของปัจจัยนำเข้าให้มีคุณภาพพร้อมเข้าสู่กระบวนการทำงาน ซึ่งปัจจัยนำเข้า ได้แก่

1) **ทรัพยากรบุคคล (Human Resources)** หมายถึง บุคลากรสาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ เป็นปัจจัยนำเข้าที่มีความสำคัญมากที่สุด เพราะคนมีชีวิตจิตใจ มีจิตวิญญาณ มีความคิด มีความแตกต่างและความแปรปรวนสูง คนเป็นผู้ดำเนินการทำงานตามกระบวนการจนได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ ดังนั้น บุคลากรพยาบาลในหน่วยสังเกตอาการต้องมีความเหมาะสม ด้านความรู้ ทักษะความสามารถในการปฏิบัติงาน และมีจำนวนเพียงพอต่อการปฏิบัติงาน

2) **สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical Environment)** สิ่งแวดล้อมทางกายภาพขององค์กรเอื้อต่อความปลอดภัยและความผาสุกของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่และผู้มาเยือน องค์กรสร้างความมั่นใจว่าผู้อยู่ในหน่วยสังเกตอาการจะมีความปลอดภัยตั้งแต่ อาคารสถานที่ การจัดพื้นที่รวมถึงสิ่งแวดล้อมภายในหน่วยสังเกตอาการ

3) **วัสดุอุปกรณ์ (Material)** คือ วัสดุอุปกรณ์เครื่องใช้ เครื่องมือ/อุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่ให้บริการในหน่วยสังเกตอาการ ทั้งนี้ในระบบบริการสุขภาพต้องนับรวมไปถึง การ

ควบคุมคุณภาพ การจัดหา การคัดเลือก ความพอเพียง การเก็บรักษา การตรวจสอบคุณภาพก่อน และระหว่างกระบวนการทำงาน รวมถึงความชำนาญการใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ของ เจ้าหน้าที่ของหน่วยสังเกตอาการ

4) **รูปแบบ วิธีการ (Method)** คือ วิธีการทำงาน แนวทาง/แนวปฏิบัติที่เหมาะสมให้เป็นที่ไปตามมาตรฐานวิชาชีพ ถูกต้องตามคุณธรรมจริยธรรมโดย ยึดถือผลประโยชน์ ความปลอดภัยของผู้รับบริการเป็นหลัก ได้แก่ เกณฑ์/แนวทางการรับผู้ป่วยหน่วยสังเกตอาการ

3.4.2 กระบวนการ (Process) เป็นการนำปัจจัยนำเข้าและโครงสร้างลงสู่การปฏิบัติ มุ่งเน้นกิจกรรมต่าง ๆ ที่ได้มาตรฐาน ที่ผู้ให้บริการปฏิบัติต่อผู้ใช้บริการ ในด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพ การให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว เช่น กระบวนการดูแลผู้ป่วย ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล การคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยและการปฏิบัติพยาบาลอย่างมีจริยธรรมและมีจรรยาบรรณวิชาชีพ การบันทึกทางการแพทย์และการสื่อสาร การป้องกันความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น หากว่ากระบวนการทำงานไม่ดี ก็ส่งผลให้ได้ผลลัพธ์ ไม่มีคุณภาพ ดังนั้น การควบคุมกระบวนการทำงานให้มีคุณภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง ผู้รับผิดชอบ กระบวนการทำงานแต่ละงาน ต้องทำการวิเคราะห์กระบวนการทำงาน จัดลำดับขั้นตอน การทำงาน และควบคุมคุณภาพแต่ละขั้นตอนให้เป็นที่ไปอย่างถูกต้อง ตามมาตรฐานวิชาชีพและเป็นที่ยอมรับของผู้เกี่ยวข้อง (พงทิพย์ ชัยพิบาลสุษดี, 2551)

3.4.3 ด้านผลลัพธ์ (Outcome) คือ ผลที่เกิดจากกระบวนการทำงานซึ่งอาจอยู่ในรูปของผลิตภัณฑ์ (Product) หรือ บริการ (Service) สามารถวัดได้ทั้งปริมาณและคุณภาพ การวัดปริมาณนั้นสามารถวัดได้เป็นตัวเลข แต่การวัดคุณภาพเป็นสิ่งที่เป็นามธรรม มุมมองของผู้เกี่ยวข้อง ในการวัดอาจมีความแตกต่างกันตามแต่ความต้องการและผลลัพธ์ของงานที่เกิดขึ้น ซึ่งการวัดผลลัพธ์ (Outcome audits) ของคุณภาพการบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ เช่น อัตราการตาย อัตราการ Re admit ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล การติดเชื้อในโรงพยาบาล อุบัติการณ์จากการให้เลือด อัตราการพลัดตกหกล้ม อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ เป็นต้น

โดยสรุป ระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ เมื่อจำแนกตามองค์ประกอบของ โดนาปีเดียน 3 ด้าน คือ 1) ด้านโครงสร้าง ได้แก่ สภาพแวดล้อมอาคารสถานที่ สิ่งอำนวยความสะดวก เครื่องมือเครื่องใช้ บุคลากร และ นโยบายการปฏิบัติงานการบริหารจัดการ 2) ด้านกระบวนการ ได้แก่ การปฏิบัติการพยาบาล การป้องกันความเสี่ยง และ 3) ด้านผลลัพธ์ ได้แก่ ผู้รับบริการมีความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างนอนโรงพยาบาล การเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง ความพึงพอใจต่อการบริการ ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบบริการพยาบาลมีหลากหลายบริบท โดยใช้แนวคิดและเครื่องมือที่แตกต่างกันไปในงานวิจัย ดังนี้ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบบริการพยาบาลในบริบทต่าง ๆ เช่น หอผู้ป่วยหนัก แผนกผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยนรีเวช โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (เกษร สังข์กฤษ, ไพลิน นัตสันเทียะ, วิภา แก้วเคน, และ ปิยนุช บุญกอง, 2558; วชิราภรณ์ ภูมิเขต, 2556; เรืองฤทธิ์ ศรีนัครินทร์, 2558; ชุตติกาญจน์ หฤทัย, อธิพร สติธองกร, และสมจิตต์ วงศ์สุวรรณศิริ, 2559; ทิพย์สุคนธ์ ศรีลาธรรม, 2560; วันเพ็ญ ศุภตระกูล, อภิญญา ศักดาศิริโรรัตน์, และดรุชา รัตนดำรงอักษร, 2559) งานวิจัยที่ศึกษาความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพการบริการพยาบาล (จารุณี ดาวังปา และมณีรัตน์ ภาครูป, 2560; จินตนา รัตนสินธุ์, 2549; บัวหลวง สำแดงฤทธิ์ และนวพร โลหเจริญวนิช, 2556; เบญจวรรณ จันทรสามารถ, 2560; พิณทิพ ทศนา, 2556) การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบบริการพยาบาล (สมหมาย จันทรอัมพร, 2553; จินตนา รัตนสินธุ์, 2549) สำหรับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับหน่วยสังเกตอาการที่พบ ได้แก่

นพจร ลือกิตติกุล (2556) ได้ศึกษาเรื่อง การศึกษาความเป็นไปได้ในการจัดตั้งห้องสังเกตอาการผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จากการศึกษาที่โรงพยาบาลรัฐหลายแห่งประสบกับสถานการณ์ปริมาณผู้ป่วยมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลที่มีอุปกรณ์พร้อม เนื่องจากต้องรับผู้ป่วยในทุกระดับอาการทั้งหมด สภาพความแออัดในห้องผู้ป่วยเป็นสาเหตุให้บุคลากรการแพทย์มีความเครียด และใช้ทรัพยากรได้อย่างไม่มีประสิทธิภาพ วิธีการหนึ่งที่ช่วยลดความแออัดของผู้ป่วยในคือการคัดเลือกผู้ป่วยที่อาการไม่ต้องการการดูแลใกล้ชิด มีระยะเวลารักษาที่สั้นและแน่นอน จากนั้นรับการรักษาในห้องสังเกตอาการผู้ป่วยซึ่งเป็นหอผู้ป่วยชั่วคราว เพื่อช่วยเพิ่มอัตราการหมุนเวียนของเตียงผู้ป่วย และลดงานเอกสารที่ไม่จำเป็น เนื่องจากผู้ป่วยภายในห้องสังเกตอาการผู้ป่วยถูกพิจารณาเป็นผู้ป่วยนอก ซึ่งการศึกษาความเป็นไปได้ในการจัดตั้งห้องสังเกตอาการผู้ป่วยในกลุ่มโรคอายุรกรรมที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง หลังจากประเมินผลกระทบและเกณฑ์ทางการแพทย์ของโรคต่างๆโดยแพทย์แล้ว แบบจำลองแบบกำหนดการจำนวนเต็ม (Integer Programming Model) ได้ถูกนำเสนอเพื่อเลือกกลุ่มผู้ป่วยในขณะที่มีจำนวนโรคที่เลือกน้อยที่สุด และรักษาระดับอัตราประโยชน์ของเตียงผู้ป่วยตลอดทั้งสัปดาห์ ผลวิเคราะห์พบว่านำไปสู่ห้องสังเกตอาการผู้ป่วย 2 แบบคือ 1) แบบ 3 เตียงในพื้นที่ของแผนกฉุกเฉินปัจจุบัน และ 2) แบบ 7 เตียงในอาคารผู้ป่วยหลังใหม่ หลังจากการเสนอแผนผังสำหรับห้องสังเกตอาการแต่ละแบบแล้ว การประเมินด้านการทำงานและการเงินได้ถูกแสดง และห้องสังเกตอาการผู้ป่วยทั้ง 2 แบบได้ถูกนำเข้าสู่แบบจำลองสถานการณ์ เพื่อแสดงถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากความแปรปรวนของผู้ป่วย ซึ่งผลของแบบจำลองสถานการณ์พบว่าห้องสังเกตอาการแบบ 3 เตียงนั้นรองรับผู้ป่วยได้ 44 เปอร์เซ็นต์ของผู้ป่วยที่ควรเข้ารับรักษาในห้องสังเกตอาการแบบ 3

เตียง ส่วนห้องสังเกตอาการแบบ 7 เตียงนั้นสามารถรองรับผู้ป่วยได้ 69 เบอร์ด์เซ็นต์ของผู้ป่วยที่ควรเข้ารับการรักษาในหอสังเกตอาการได้ทั้งหมด และผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าประโยชน์ด้านการเงินของหอสังเกตอาการผู้ป่วยได้รับผลกระทบจากประเภทของสิทธิรักษาพยาบาลและการเบิกค่ารักษาพยาบาล

กัญจิกา ไกรสวัสดิ์ และประสิทธิ์ วุฒิสุทธิเมธา (2556) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง ระยะเวลาอยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วยในหน่วยสังเกตอาการระยะสั้นของหน่วยบริการฉุกเฉินในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มีวัตถุประสงค์ เพื่อพรรณนาระยะเวลาอยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วยในหน่วยสังเกตอาการระยะสั้นของโรงพยาบาล โรงเรียนแพทย์แห่งหนึ่ง เป็นการทบทวนย้อนหลังผู้ป่วยรับไว้รักษา ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2550 ถึง 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2551 ผลการศึกษา พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 1,715 ราย ในหน่วยสังเกตอาการระยะสั้นผู้ได้รับการส่งต่อมาจากหน่วยฉุกเฉิน ภาวะหลัก 3 อย่าง ได้แก่ การบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย ลำไส้ กระเพาะอาหารอักเสบ และฮีโมฟีเลีย ระยะเวลา อยู่โรงพยาบาลเฉลี่ยเท่ากับ 19 ชั่วโมง 47 นาที ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 71.3) มีระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล 24 ชั่วโมง หรือน้อยกว่า ได้แก่ ผู้ป่วยถูกสัตว์กัด ผลข้างเคียงจากการจัดการ และผู้ป่วยรอปรึกษา สรุปว่าโดยเฉลี่ยการสังเกตอาการระยะสั้นไม่มากกว่า 24 ชั่วโมง และสะท้อนถึงภาวะเล็กน้อยและไม่รุนแรง

จากการทบทวนพบว่ามีการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับหน่วยสังเกตอาการน้อย ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาบริการพยาบาลในบริบทที่ใกล้เคียง เช่น ในหน่วยผู้ป่วยนอก แผนกฉุกเฉิน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบบริการพยาบาล และการนำแนวคิดไดนามิเคียนไปใช้ศึกษาเพื่อการพัฒนาบริการพยาบาล ดังนี้

วิจารย์กร มดทอง, พรรณนิภา รักพาณิชย์, และอรุชา อำไพพิศ (2557) ศึกษาเรื่องการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยห้องตรวจอายุรกรรมงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์ มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยของห้องตรวจอายุรกรรม และเปรียบเทียบอุบัติการณ์ผู้รับบริการอาการทรุดลงขณะรอตรวจนอนโรงพยาบาลหรือเสียชีวิต ระยะเวลารอรับบริการของผู้รับบริการทั่วไปและผู้รับบริการเร่งด่วน ก่อนและหลังการพัฒนาในผู้ป่วยที่มารับบริการตั้งแต่ปีพ.ศ. 2553-2555 ศึกษาในผู้ป่วยทุกรายที่มารับบริการห้องตรวจอายุรกรรม ศึกษาเปรียบเทียบกันในแต่ละปี ได้ดำเนินการทั้งด้านระบบงาน คน และการจัดทำเอกสารสื่อสารเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ดำเนินการตาม PDCA cycle ทำให้โรงพยาบาลบุรีรัมย์มีระบบการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย โดยเริ่มตั้งแต่การคัดกรอง ประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย การเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยทรุดลงขณะรอตรวจ (มีคู่มือการคัดกรองผู้ป่วยอายุรกรรม) การดูแลช่วยเหลือเมื่อมีการเร่งด่วนฉุกเฉิน การจัดจุดบริการเฝ้าระวัง อาการ การจัดทำป้ายสัญลักษณ์ต่าง ๆ เพื่อสื่อสารการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในทีม ผลการศึกษาพบว่าหลังจากที่ได้จัดระบบการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย ผู้รับบริการที่มีอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจนอนโรงพยาบาลลดลง โดยช่วงก่อนการพัฒนา (ปี 2553) มี

จำนวน 11 คนต่อปี หลังการพัฒนาลดลงเป็น 2 และ 0 คนต่อปี ในปี 2554 และ 2555 ตามลำดับ ก่อนการพัฒนามีผู้รับบริการอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจจนเสียชีวิต 1 คน หลังการพัฒนาไม่มีผู้รับบริการเสียชีวิต ระยะเวลารอรับบริการของผู้รับบริการทั่วไปลดลงจาก 3 ชั่วโมง 10 นาที เป็น 2 ชั่วโมง 47 นาที และ 1 ชั่วโมง 39 นาทีตามลำดับ และระยะเวลารอรับบริการของผู้รับบริการเร่งด่วนลดลงจาก 37 นาที ในปี 2554 เป็น 25 นาที ในปี 2555

ลดาวัลย์ จันทร์แจ่ม และบุญทิพย์ สิริธรรังศรี (2557) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง คุณภาพการบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยและผู้ให้บริการหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลตราด มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อคุณภาพการบริการพยาบาล และศึกษาความพึงพอใจของผู้ให้บริการ ต่อคุณภาพการบริการพยาบาลของหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลตราด เป็นการวิจัยพรรณนา ใช้กรอบแนวคิดของโดนาปีเดียน ซึ่งมีองค์ประกอบของการประเมินคุณภาพบริการพยาบาลครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ ด้านโครงสร้าง (Structure) ประเมิน 3 ข้อ คือ สถานที่และสภาพแวดล้อม บุคลากรผู้ให้บริการ และเครื่องมือสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านกระบวนการ (Process) และด้านผลลัพธ์ (Outcome) โดยแต่ละด้านประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ ผลการวิจัยพบว่า 1.ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อคุณภาพการบริการพยาบาลอยู่ในระดับมาก 2. ความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อคุณภาพการบริการพยาบาลอยู่ในระดับมาก ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ ดังนี้ 1. การพัฒนาด้านโครงสร้าง ได้แก่ 1) การจัดอัตรากำลัง พบว่าความพึงพอใจของผู้ให้บริการอยู่ในอันดับน้อยที่สุด ผู้บริหารควรดำเนินการเชิงรุกในการแก้ไขปัญหาทั้งค่าตอบแทนการปฏิบัติงานล่วงเวลา และเร่งประชาสัมพันธ์การรับบุคลากรเข้าทำงาน สร้างแรงจูงใจ เช่น เงินขวัญถุง 2) สมรรถนะของบุคลากร ควรมีการพัฒนาความรู้ความสามารถบุคลากร ให้สามารถทำงานภายใต้สภาวะที่ขาดแคลนอัตรากำลังได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2. การพัฒนาด้านกระบวนการมีการทบทวนแนวทางการปฏิบัติ (Work instruction) ที่เป็นทิศทางเดียวกัน มีการให้ความรู้ผู้ป่วยและจัดทำสื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็น High risk, High volume 3.การพัฒนาด้านผลลัพธ์การตรวจสอบ ระดับคุณภาพการให้บริการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ ตลอดจนถึงต้องศึกษากลยุทธ์ที่จะพัฒนาคุณภาพบริการให้ดียิ่งขึ้นไป โดยเฉพาะการพัฒนากลยุทธ์ด้านการตลาดที่มุ่งเน้นไปที่ผู้รับบริการ (Customer – oriented marketing) ให้เกิดความพึงพอใจในภาพลักษณ์และบริการ

G. Gardner, Gardner, & O'Connell (2013) ได้ศึกษาวิจัย เรื่องการใช้กรอบแนวคิด Donabedian เพื่อตรวจสอบคุณภาพและความปลอดภัยของนวัตกรรมบริการพยาบาล (Using the Donabedian framework to examine the quality and safety of nursing service innovation) การประเมินความปลอดภัยและคุณภาพของบริการพยาบาลโดยใช้กรอบแนวคิดของโดนาปีเดียน ประเมินโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ของการให้บริการ โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก 11 รายและผู้ปฏิบัติงานพยาบาล 13 ราย และบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพเกี่ยวกับกระบวนการ

ให้บริการ การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่ากรอบแนวคิดโดนาปิเดียน ที่ประกอบด้วย โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ เป็นวิธีการที่มีคุณค่าและสามารถใช้เพื่อตรวจสอบความปลอดภัยและคุณภาพของนวัตกรรมบริการ นอกจากนี้ในการศึกษานี้พบว่า องค์ประกอบด้านโครงสร้าง มีอิทธิพลต่อคุณภาพของกระบวนการให้บริการ พบว่ากรอบทั้ง 3 ขององค์ประกอบคือ โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันและมีผลต่อการปฏิบัติทางคลินิก ดังนั้น การทำความเข้าใจเกี่ยวกับโครงสร้างและกระบวนการในการสร้างนวัตกรรมบริการพยาบาล ถือเป็นรากฐานสำหรับการดูแลด้านความปลอดภัยมีประสิทธิภาพและเป็นศูนย์กลางในการรักษาผู้ป่วย

Liu (2018) ได้ศึกษาวิจัยเชิงสำรวจเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการพยาบาลตามการประเมินของพยาบาลในโรงพยาบาลประเทศจีน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราค่าจ้างทางการพยาบาล สภาพแวดล้อมในการทำงาน ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน และความตั้งใจในการลาออกจากงาน ที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการพยาบาลตามการประเมินของพยาบาลในโรงพยาบาลประเทศจีน โดยใช้โมเดลสภาพแวดล้อมการทำงาน อัตราค่าจ้าง และผลลัพธ์ทางการพยาบาล และข้อมูลเชิงประจักษ์เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน จำนวน 510 คน เป็นพยาบาลที่ทำงานในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลระดับตติยภูมิของประเทศจีน แบบสอบถามมี 6 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินอัตราค่าจ้างทางการพยาบาล แบบประเมินสภาพแวดล้อมในการทำงาน แบบประเมินความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน แบบวัดความตั้งใจในการลาออกจากงาน แบบวัดความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน และแบบประเมินคุณภาพการพยาบาลตามการประเมินของพยาบาล ผลการศึกษานี้ แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อคุณภาพการพยาบาล คือ อิทธิพลทางตรงของความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน อิทธิพลทางอ้อมของความพึงพอใจในการปฏิบัติงานโดยผ่านความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน และความตั้งใจในการลาออกจากงาน และอิทธิพลทางตรงของสภาพแวดล้อมในการทำงานและอัตราค่าจ้างทางการพยาบาล ดังนั้นผู้บริหารการพยาบาลควรพิจารณาถึงการพัฒนา ตัวแปรเหล่านี้ เพื่อเพิ่มคุณภาพการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น พบว่า การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล มีงานวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยนำแนวคิดการประเมินคุณภาพบริการพยาบาลมาใช้ในงานวิจัย โดยเฉพาะแนวคิดโดนาปิเดียน ร่วมกับนำแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานการบริการในสถานบริการสุขภาพ สร้างเป็นกรอบแนวคิดของงานวิจัย การประเมินคุณภาพบริการพยาบาล ซึ่งในงานวิจัยที่พบเป็นการประเมินคุณภาพบริการพยาบาลจากความพึงพอใจ การรับรู้และความคาดหวังด้านผลลัพธ์เชิงบริการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ที่เกิดจากการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลต่าง ๆ ตามมาตรฐาน โดยใช้เครื่องมือวิจัยที่แตกต่างกัน เช่น การใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์รายบุคคลหรือการสัมภาษณ์แบบกลุ่ม และผลของการใช้รูปแบบหรือ

แนวปฏิบัติ งานวิจัยที่พบมีการศึกษาการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลทั้งแผนกผู้ป่วยในสามัญ หอผู้ป่วยพิเศษ และแผนกผู้ป่วยนอก โดยผลการวิจัยดังกล่าวสามารถนำไปใช้ประโยชน์ เพื่อการพัฒนา ระบบบริการพยาบาลเพื่อให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน ผู้ป่วยปลอดภัยและผู้รับบริการและผู้ให้บริการ เกิดความพึงพอใจ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาวิจัย ที่เกี่ยวกับการพัฒนาระบบ บริการพยาบาลในหน่วยสังเกตอาการ ซึ่งการให้บริการหน่วยสังเกตอาการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี มีลักษณะการให้บริการแตกต่างจากหน่วยสังเกตอาการโรงพยาบาลอื่น ๆ และมี ข้อจำกัดทางบริบท ส่งผลให้เกิดอุปสรรคทางคลินิกเกิดความไม่ปลอดภัยกับผู้ป่วย ผู้วิจัยตระหนัก ถึงความปลอดภัยของผู้รับบริการในหน่วยสังเกตอาการที่ผู้วิจัยรับผิดชอบและปฏิบัติงาน จึงได้ ศึกษาวิจัย เรื่อง การพัฒนาระบบบริการหน่วยสังเกตอาการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัด เพชรบุรี โดยมีเป้าหมายเพื่อให้การบริการพยาบาลในหน่วยสังเกตอาการมีคุณภาพ และผู้ป่วยมีความ ปลอดภัยเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยได้เลือกนำแนวคิดการประเมินคุณภาพของโดนาบีเดียน ที่ได้จากการทบทวน วรรณกรรม มาใช้เป็นกรอบเพื่อประเมินระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ ร่วมกับได้นำ แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานการบริการในสถานบริการสุขภาพ โดยผู้วิจัยเลือกใช้แนวทางการ จัดบริการหน่วยสังเกตอาการตามคู่มือแนวทางการจัดบริการห้องฉุกเฉินที่เหมาะสมกับระดับศักยภาพ สถานพยาบาล Part 3 มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 4 และความปลอดภัยของ ผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข (2P Safety) เนื่องจากวิสัยทัศน์โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัด เพชรบุรี มุ่งให้ผู้รับบริการและผู้ให้บริการมีความปลอดภัย และใช้มาตรฐานดังกล่าวในการพัฒนา คุณภาพบริการพยาบาล และรับการประเมินคุณภาพของโรงพยาบาล โดยใช้เป็นกรอบในการสร้าง เครื่องมือในการวิจัย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและเป็นจริง และนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการพัฒนา ระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีให้มีคุณภาพ ผู้รับและผู้ให้บริการมีความปลอดภัยและเกิดความพึงพอใจ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัย เรื่อง การพัฒนาระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เป็นรูปแบบการวิจัยพรรณนา (Descriptive Research) ใช้เทคนิครวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Technique) และเชิงปริมาณ (Quantitative Technique) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อ 1) วิเคราะห์สถานการณ์และแนวทางการให้บริการพยาบาลของหน่วยสังเกตอาการ 2) สร้างระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ และ 3) ประเมินความเหมาะสมของระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการที่พัฒนาขึ้น ดำเนินการวิจัยตามวัตถุประสงค์งานวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์และแนวทางการให้บริการของหน่วยสังเกตอาการ

เป็นการศึกษาสถานการณ์และแนวทางการให้บริการหน่วยสังเกตอาการใช้การสัมภาษณ์รายบุคคลแบบเจาะลึกและการสนทนากลุ่ม โดยมีประชากรและกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. ประชากรและผู้ให้ข้อมูลหลัก

1.1 ประชากร คือ ผู้บริหารทางการพยาบาล แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยเหลือคนไข้/ผู้ช่วยพยาบาล ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาวิจัยคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ซึ่งคำนึงถึงความสามารถในการให้ข้อมูล เป็นผู้รู้จักเกี่ยวกับสถานการณ์และแนวทางการให้บริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ โดยผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informants) แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1.1.1 กลุ่มผู้ปฏิบัติงาน จำนวนทั้งหมด 7 คน เลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 3 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้/ผู้ช่วยพยาบาลจำนวน 1 คน และตัวแทนคณะกรรมการที่พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลจำนวน 3 คน มีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล (Inclusion criteria) ดังนี้

1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยสังเกตอาการ มีประสบการณ์ขึ้นปฏิบัติงานเวร เช้า บ่าย ดึก และวันหยุดราชการในหน่วยสังเกตอาการ อย่างน้อย 1 ปี จำนวน 3 คน และยินดีให้ข้อมูล

2) ผู้ช่วยพยาบาล ที่ปฏิบัติงานในหน่วยในหน่วยสังเกตอาการมีประสบการณ์ขึ้นปฏิบัติงานเวร เช้า บ่าย ดึก และวันหยุดราชการในหน่วยสังเกตอาการ อย่างน้อย 1ปี จำนวน 1 คน และยินดีให้ข้อมูล

3) ตัวแทนคณะกรรมการที่พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ทำงานด้านพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล จำนวน 3 คน ได้แก่พยาบาลวิชาชีพสาขาอายุรกรรม 1 คน สาขาจักษุโสตศอนาสิก 1 คน และพยาบาลวิชาชีพที่เป็นคณะกรรมการความเสี่ยงหรือด้านการติดเชื้อในโรงพยาบาล จำนวน 1 คน ซึ่งเป็นผู้มีประสบการณ์ทำงานในทีม PCT (Patients Care Team) หรือทีมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล อย่างน้อย 1 ปีขึ้นไปและยินดีให้ข้อมูล

4) เกณฑ์การแยกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักออกจากการวิจัย (Exclusion criteria)

(1) ผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถให้ข้อมูลได้จนสิ้นสุดโครงการวิจัย

(2) อยู่ในระหว่างวันลา ไปราชการ ทำให้ไม่สามารถมาให้ข้อมูลในวันที่ทำ

กลุ่มสนทนา

1.1.2 กลุ่มผู้บริหาร ได้แก่ ผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น จำนวน 1 คน แพทย์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหรือเคยปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับหน่วยสังเกตอาการ จำนวน 1 คน รวมทั้งหมด 2 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล (Inclusion criteria) ดังนี้

1) พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิก 1คน และยินยอมเป็นผู้ให้ข้อมูล

2) แพทย์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหรือเคยปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับหน่วยสังเกตอาการ คือ แพทย์แผนกอายุรกรรม ที่ปฏิบัติงานร่วมกับหน่วยสังเกตอาการ จำนวน 1 คน และยินยอมเป็นผู้ให้ข้อมูล

5) เกณฑ์การแยกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักออกจากการวิจัย (Exclusion criteria)

(1) ผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถให้ข้อมูลได้จนสิ้นสุดโครงการวิจัย

1.1.3 กลุ่มผู้รับบริการ คือ ผู้ป่วยจำนวน 3 คนและญาติผู้ป่วยจำนวน 3 คน รวมทั้งหมด 6 คน เลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling)

1) เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยที่ให้ข้อมูล (Inclusion criteria) ดังนี้

(1) ผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในหน่วยสังเกตอาการอย่างน้อย 24 ชั่วโมง

(2) สามารถพูดคุยให้ข้อมูลได้ โดยมีสติสัมปชัญญะครบถ้วนและมี

สัญญาณชีพปกติ

(3) ผู้ป่วยที่แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านแล้ว

(4) ผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป

(5) ยินดีให้ข้อมูล

2) เกณฑ์การคัดเลือกญาติผู้ป่วยที่ให้ข้อมูล (Inclusion criteria) ดังนี้

- (1) ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในหน่วยสังเกตอาการอย่างน้อย 24 ชั่วโมง
- (2) สามารถพูดคุยให้ข้อมูลได้ โดยมีสติสัมปชัญญะและมีสัญญาณชีพกติ
- (3) ญาติของผู้ป่วยที่แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านแล้ว
- (4) ญาติของผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
- (5) ยินดีให้ข้อมูล

เกณฑ์การแยกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักออกจากการวิจัย (Exclusion criteria)

- 1) ผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถให้ข้อมูลได้จนถึงสิ้นสุดโครงการวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประเภทเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเพื่อศึกษาสถานการณ์และแนวทางการให้บริการพยาบาลในหน่วยสังเกตอาการ มีทั้งหมด 3 ชุด ได้แก่ ชุดที่1 ประเด็นคำถามปลายเปิดแบบกึ่งโครงสร้าง ใช้สัมภาษณ์ประสบการณ์ของกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน ชุดที่2 ประเด็นคำถามปลายเปิดแบบกึ่งโครงสร้าง ใช้สัมภาษณ์ประสบการณ์ของผู้บริหาร และชุดที่3 ประเด็นคำถามปลายเปิดแบบกึ่งโครงสร้าง ใช้สัมภาษณ์ประสบการณ์ของกลุ่มผู้รับบริการ

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ และแนวทางการให้บริการพยาบาลในหน่วยสังเกตอาการ เป็นชุดคำถามปลายเปิดแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structure interview) สัมภาษณ์ความคิดเห็นผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ กลุ่มผู้ให้บริการคือ ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน และกลุ่มผู้รับบริการคือผู้ป่วยและญาติ ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือขึ้นโดยบูรณาการจาก 3 แนวคิด ได้แก่ 1) แนวคิดของโดนาปีเดียน 2) แนวทางการจัดบริการหน่วยสังเกตอาการตามคู่มือแนวทางการจัดบริการห้องฉุกเฉินที่เหมาะสมกับระดับศักยภาพสถานพยาบาล Part 3 (Guideline ER Service Delivery) และ3) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 พ.ศ.2561 (Hospital and Healthcare Standards 4th Edition) และความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข (Patient and Personnel Safety: 2P Safety) โดยนำแนวคิดโดนาปีเดียน (Donabedian, 1988) เป็นกรอบสำหรับสร้างคำถามในการสัมภาษณ์ความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูลหลักใน 3 ประเด็น คือ (1) ด้านโครงสร้าง (Structure) (2) ด้านกระบวนการ (Process) และ(3) ด้านผลลัพธ์ (outcome) รายละเอียดของเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยจำนวน 3 ชุด มีดังนี้

เครื่องมือชุดที่ 1 ประเด็นคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง เป็นคำถามปลายเปิด ใช้สัมภาษณ์ความคิดเห็นของกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน แบบสนทนากลุ่ม ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยเหลือคนไข้/ผู้ช่วยพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยสังเกตอาการ และตัวแทนคณะกรรมการที่พัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล ประกอบด้วยคำถาม 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านโครงสร้าง มีคำถามจำนวน 7 ข้อ (ข้อที่1-7) 2) ด้านกระบวนการ มีคำถามจำนวน 7 ข้อ (ข้อที่ 8-14) และ 3.ด้านผลลัพธ์ มีคำถามจำนวน 2 ข้อ (ข้อที่15-16) รวมคำถามทั้งหมด 16 ข้อ

เครื่องมือชุดที่ 2 ประเด็นคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง เป็นคำถามปลายเปิด ใช้สัมภาษณ์กลุ่มผู้บริหารรายบุคคลแบบเจาะลึกได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิก และแพทย์แผนกอายุรกรรม ผู้ที่ปฏิบัติงานร่วมกับหน่วยสังเกตอาการ ประกอบด้วยคำถาม 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านโครงสร้าง มีคำถามจำนวน 7 ข้อ (ข้อที่1-7) 2) ด้านกระบวนการ มีคำถามจำนวน 7 ข้อ (ข้อที่ 8-14) และ 3) ด้านผลลัพธ์ มีคำถามจำนวน 2 ข้อ (ข้อที่15-16) รวมคำถามทั้งหมด 16 ข้อ

เครื่องมือชุดที่ 3 ประเด็นคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง เป็นคำถามปลายเปิดที่ใช้สัมภาษณ์ความคิดเห็นของกลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยและญาติ ซึ่งประกอบด้วยคำถาม 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านโครงสร้าง มีคำถามจำนวน 8 ข้อ (ข้อที่1-8) 2) ด้านกระบวนการ คำถามจำนวน 8 ข้อ (ข้อที่ 9- 16) และ 3) ด้านผลลัพธ์ คำถามจำนวน 1 ข้อ (ข้อที่17) รวมคำถามทั้งหมด 17 ข้อ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้ง 3 ชุดเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความเหมาะสม ความสอดคล้อง ครอบคลุมของเนื้อหา และการใช้ภาษาของข้อคำถาม และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นนำเครื่องมือทั้ง 3 ชุดที่มีการปรับปรุงแก้ไขแล้ว เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิรวมทั้งหมด 5 คน (ตั้งรายนามในภาคผนวก ก) เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง และพิจารณาความสอดคล้องของประเด็นคำถาม ขอบเขตเนื้อหา ความรัดกุม และความเหมาะสมในการใช้ภาษา โดยกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ คือ 4, 3, 2, 1 ดังนี้

ระดับ 4 หมายถึง คำถามนั้นสอดคล้องกันมากกับเนื้อหาที่ต้องการวัด

ระดับ 3 หมายถึง คำถามนั้นสอดคล้องกันค่อนข้างมากกับเนื้อหาที่ต้องการวัด

ระดับ 2 หมายถึง คำถามนั้นสอดคล้องกันน้อยกับเนื้อหาที่ต้องการวัด

ระดับ 1 หมายถึง คำถามนั้นไม่สอดคล้องกันกับเนื้อหาที่ต้องการวัด

การคัดเลือกข้อคำถามผู้วิจัยคัดเลือกข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเห็นพ้องตรงกันในระดับ 3 และ 4 นำข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิลงความเห็นว่ามีความสอดคล้องน้อยในระดับ 2 มาปรับปรุงให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และตัดข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเห็นว่าไม่สอดคล้อง ระดับ 1 ออก

จากนั้นนำมาพิจารณาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ของแต่ละข้อ (Content Validity Index of Item: I-CVI) โดยใช้สูตรดังนี้ (Polits, Beck, & Owen, 2007)

$$I-CVI = \frac{\text{จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิให้ความคิดเห็นในระดับ3และ4ในข้อนั้นๆ}}{\text{จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด}}$$

เกณฑ์ตัดสินคุณภาพของเครื่องมือ คือ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาข้อ (I-CVI) ต้องมีค่าน้อยหรือมากกว่า .78 (Polit, Beck, & Owen, 2007) และคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งชุด S-CVI/Ave (Scale-level CVI) ทำได้โดยการนำค่า I-CVI ที่ได้มาคิดค่าเฉลี่ยของค่า I-CVI

หาค่าเฉลี่ยของ I-CVI โดยรวมค่า I-CVI ทั้งหมดหารด้วยจำนวนข้อ และมีเกณฑ์คุณภาพ S-CVI/Ave ควรมีค่าตั้งแต่ 0.80 ขึ้นไป (Polit, Beck, & Owen, 2007) ซึ่งเครื่องมือทั้ง 3 ชุดมีค่า I-CVI/Ave จากการคำนวณตามสูตรมีค่าดังนี้

$$S-CVI = \frac{\text{ผลรวมค่า I-CVI ทุกข้อ}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

เครื่องมือชุดที่ 1 มีจำนวนทั้งหมด 18 ข้อ ได้รับการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่า CVI แต่ละข้อดังนี้ มีจำนวนข้อที่ได้ CVI เท่ากับ 1 จำนวน 14 ข้อ จำนวนข้อที่ได้ CVI เท่ากับ 0.8 มีจำนวน 4 ข้อ (รายละเอียดแสดงในภาคผนวก จ) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งชุด S-CVI/Ave เท่ากับ 0.95 ได้นำข้อคำถามมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตัดข้อคำถามที่ไม่ตรงเนื้อหาออก และข้อคำถามที่ถามซ้ำออกจำนวน 2 ข้อ นำข้อคำถามที่มีความหมายคล้ายกันมารวมกันจำนวน 1 ข้อ และเพิ่มข้อคำถามเป็นคำถามย่อยตามคำแนะนำอีก 1 ข้อ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนขึ้น หลังปรับแก้ไขตามคำแนะนำผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้ว เครื่องมือชุดที่ 1 มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 16 ข้อ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งชุด S-CVI/Ave เท่ากับ 0.97

เครื่องมือชุดที่ 2 มีจำนวนทั้งหมด 16 ข้อ ได้รับการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่า CVI แต่ละข้อดังนี้ ค่า CVI เท่ากับ 1 จำนวน 15 ข้อ จำนวนข้อที่ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.8 จำนวน 1 ข้อ (รายละเอียดแสดงในภาคผนวก จ) ได้ค่า S-CVI/Ave เท่ากับ 0.98 ได้นำเครื่องมือชุดที่ 2 มาปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ นำข้อคำถามที่มีความหมายคล้ายกันมารวมกันจำนวน 2 ข้อ และเพิ่มข้อคำถามอีก 2 ข้อเป็นคำถามย่อยตามคำแนะนำ เนื่องจากข้อคำถามเดิมเป็นการถามที่กว้างเกินไป หลังปรับแก้ไขตามคำแนะนำผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้ว เครื่องมือชุดที่ 2 มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 16 ข้อ ได้ค่า S-CVI/Ave เท่ากับ 0.98

เครื่องมือชุดที่ 3 มีจำนวนทั้งหมด 20 ข้อ ได้รับการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่า CVI แต่ละข้อดังนี้ จำนวนข้อที่ได้ค่า CVI เท่ากับ 1 จำนวน 9 ข้อ จำนวนข้อที่ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.8 จำนวน 8 ข้อ และจำนวนข้อที่ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.6 จำนวน 3 ข้อ (รายละเอียดแสดงในภาคผนวก จ) ได้ค่า S-CVI/Ave เท่ากับ 0.85 นำเครื่องมือชุดที่ 3 มาปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ปรับแก้ไขการใช้ภาษาข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ และตัดข้อคำถามออกจำนวน 4 ข้อ เนื่องจากข้อคำถามเป็นการถามที่มีความหมายซ้ำกัน หลังปรับแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้ว เครื่องมือชุดที่ 3 มีข้อคำถามจำนวนทั้งหมด 16 ข้อ ได้ค่า S-CVI/Ave เท่ากับ 0.88

จากค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ S-CVI/Ave ของเครื่องมือทั้ง 3 ชุดมีค่าตั้งแต่ 0.80 ขึ้นไป จึงสรุปได้ว่า เครื่องมือทั้ง 3 ชุดนั้นมีค่าความตรงตามเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ หลังจากนั้นนำเครื่องมือชุดที่ 1 ชุดที่ 2 และเครื่องมือชุดที่ 3 ไปใช้เก็บข้อมูลในงานวิจัยต่อไป

การตรวจหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำเครื่องมือที่มีการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) สัมภาษณ์กับผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน และผู้รับบริการ ซึ่งไม่ใช่ผู้ให้ข้อมูลหลัก กลุ่มละ 1 คน รวมทั้งหมด 3 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล ซึ่งจะทำให้ได้แนวทางการตั้งคำถามที่ชัดเจนและตรงประเด็นมากขึ้น จากนั้นนำข้อมูลและการแสดงออกของผู้ให้ข้อมูล มาแก้ไขและปรับปรุงประเด็นคำถามในเวลาสนทนา ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจริงกับผู้ให้ข้อมูลหลัก

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์รายบุคคลแบบเจาะลึก และสนทนากลุ่มมีรายละเอียดดังนี้

3.1. ภายหลังจากที่ผู้วิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัย

3.2. ผู้วิจัยทำบันทึกขอความอนุเคราะห์ลงนามหนังสือขอเก็บข้อมูลผ่านอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบผู้บริหารโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี และหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการทำวิจัย ประโยชน์ที่ผู้ป่วยและหน่วยงานจะได้รับ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์และแนวทางการให้บริการพยาบาลในหน่วยสังเกตอาการ โดยใช้เครื่องมือชุดที่ 1 ชุดที่ 2 และชุดที่ 3 สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคม 2563 ถึง เดือนพฤษภาคม 2563

3.3. การเก็บข้อมูลผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก 3 กลุ่ม โดยไปพบกับผู้สัมภาษณ์ด้วยตนเอง ซึ่งใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) กับกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน สัมภาษณ์กลุ่มย่อยและสัมภาษณ์รายบุคคลแบบเจาะลึกกับกลุ่มผู้รับบริการ และใช้วิธีการสัมภาษณ์รายบุคคลแบบเจาะลึกกับกลุ่มผู้บริหาร โดยก่อนการสนทนาหรือสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้ดำเนินการ ดังนี้

3.3.1 นิตหมายผู้ให้ข้อมูลหลัก เกี่ยวกับเวลาและสถานที่

1) ก่อนการสนทนากลุ่มหรือสัมภาษณ์รายบุคคล ผู้วิจัยให้ข้อมูลหลักตามแบบฟอร์มเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้ให้ข้อมูล และเซ็นเอกสารแสดงความยินยอมหลังได้รับการอธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย รวมทั้งประเด็นคำถามโดยย่อเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลหลักมีความ เข้าใจได้ตรงประเด็น

2) หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการด้วยตนเอง โดยการสัมภาษณ์รายบุคคลแบบเจาะลึก (in-depth interview) สำหรับกลุ่มผู้บริหาร จำนวน 2 คน ผู้ปฏิบัติงานจำนวน 1 คน

และผู้รับบริการจำนวน 4 คน ใช้เวลาการสัมภาษณ์รายบุคคลเชิงลึกประมาณ 30 นาที - 45 นาที ซึ่งผู้วิจัยได้นัดหมายล่วงหน้า และใช้สถานที่ห้องประชุมในหอผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิก เป็นสถานที่ในการสัมภาษณ์ เริ่มการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้แนะนำตัว วัตถุประสงค์และประโยชน์สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลหลัก เพื่อใช้เครื่องอัดเสียงการสนทนาระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล รวมถึงการถ่ายภาพขณะมีการสนทนาแล้วจึงเริ่มเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้เกริ่นนำเรื่องทั่วไปก่อน เพื่อสร้างบรรยากาศของความเป็นกันเอง หลังจากนั้นได้สัมภาษณ์ตามแบบเครื่องมือ ประเด็นคำถามปลายเปิด กึ่งโครงสร้าง ซึ่งผู้วิจัยสัมภาษณ์แบบลักษณะการชวนคุยตามประเด็น เพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย ไม่รู้สึกเกร็ง หรือหวาดระแวง หากมีประเด็นที่น่าสนใจก็จะถามเจาะลึกลงไป เมื่อผู้ให้ข้อมูลตอบคำถามหรือให้คำแนะนำ หลังจบแต่ละประเด็นการซักถามผู้วิจัยจะพูดทวนอีกครั้งเพื่อตรวจสอบความเข้าใจให้ตรงกัน

การสนทนากลุ่มแยกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) สนทนากลุ่มกับกลุ่มผู้ปฏิบัติงานจำนวน 6 คน ใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมงหรือจนกว่าจะได้ข้อมูลครบถ้วน และ 2) สนทนากลุ่มย่อยกับกลุ่มผู้รับบริการจำนวน 2 คน ใช้เวลา 45 นาที - 1 ชั่วโมง โดยขอนัดหมายเวลาล่วงหน้าไว้ก่อนและใช้สถานที่ห้องประชุมหอผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิก การสนทนากลุ่มจะสัมภาษณ์ตามประเด็นที่กำหนดไว้และระหว่างที่มีการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลหลักก่อน เพื่อใช้เครื่องอัดเสียงการสนทนาระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล รวมถึงการถ่ายภาพขณะมีการสนทนาแล้วจึงเริ่มเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยจะกล่าวแนะนำตนเอง วัตถุประสงค์การวิจัย และแนะนำเรื่องประเด็นคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ทั้งหมดแบบคร่าวๆ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการให้ความคิดเห็น และให้ผู้ร่วมสนทนากลุ่มได้รับประทานของว่างร่วมกัน กล่าวขอบคุณผู้ร่วมสนทนาพร้อมทั้งได้พูดคุยพักทายกัน เพื่อให้เกิดบรรยากาศผ่อนคลาย ต่อจากนั้นจึงเริ่มสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยพูดคุยกับผู้ร่วมสนทนาด้วยเรื่องทั่วไปก่อน หลังจากนั้น จะเริ่มจุดประเด็นการสนทนาตามเครื่องมือประเด็นคำถามปลายเปิดกึ่งโครงสร้าง โดยพยายามให้ผู้เข้าร่วมสนทนาทุกคนได้แลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นในทุกประเด็นให้มากที่สุด ขณะที่สนทนากลุ่ม ผู้วิจัยจะสรุปประเด็นเป็นช่วง ๆ ที่ได้รับฟังจากผู้ร่วมสนทนา เพื่อให้มั่นใจว่าการตีความและความเข้าใจของผู้วิจัยมีความถูกต้อง ตรงกับความคิดเห็นของผู้ร่วมสนทนา เมื่อได้อภิปราย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นประเด็นต่าง ๆ กันจนกระจ่างชัดแล้ว ผู้วิจัยผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มกล่าวสรุปและขอบคุณผู้ร่วมสนทนาทุกท่านอีกครั้ง

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังเก็บรวบรวมข้อมูลจากทะเบียนผู้ป่วยของหน่วยสังเกตอาการ รายงานอุบัติการณ์จากรายงานอุบัติการณ์ของหน่วยงานสังเกตอาการและจากศูนย์รับรองคุณภาพโรงพยาบาล พระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีร่วมด้วย

3) การถอดเทปที่ได้จากเครื่องบันทึกเสียงการสัมภาษณ์และการ สนทนากลุ่มของผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูล โดยกำหนดรหัสผู้ให้ข้อมูลดังนี้ 1) กลุ่มผู้บริหารจำนวน 2 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น คือ พยาบาลหัวหน้าตึกใช้อักษรภาษาอังกฤษ “HN”

แพทย์อายุรกรรมใช้อักษรภาษาอังกฤษ “D” 2) กลุ่มผู้ปฏิบัติงานเป็นพยาบาลวิชาชีพใช้อักษรภาษาอังกฤษ “N” ตามด้วยหมายเลข จำนวน 6 คน ประกอบด้วย พยาบาลคนที่ 1 ใช้ “N1” พยาบาลคนที่ 2 ใช้ “N2” พยาบาลคนที่ 3 ใช้ “N3” พยาบาลคนที่ 4 ใช้ “N4” พยาบาลคนที่ 5 ใช้ “N5” พยาบาลคนที่ 6 ใช้ “N6” และผู้ช่วยพยาบาลจำนวน 1 คนใช้อักษร ภาษาอังกฤษ “NA” 3) กลุ่มผู้รับบริการได้แก่ ผู้ป่วยจำนวน 3 คน ใช้อักษรภาษาอังกฤษ “P”ตามด้วยหมายเลข ประกอบด้วย ผู้ป่วยคนที่ 1 ใช้ “P1” ผู้ป่วยคนที่ 2 ใช้ “P2” ผู้ป่วยคนที่ 3 ใช้ “P3” และญาติผู้ป่วยจำนวน 3 คนใช้อักษร ภาษาอังกฤษ “PR” ตามด้วยหมายเลข ประกอบด้วย ญาติผู้ป่วยคนที่ 1 ใช้ “PR1” ญาติผู้ป่วยคนที่ 2 ใช้ “PR2” ญาติผู้ป่วยคนที่ 3 ใช้ “PR3”

คุณภาพและความน่าเชื่อถือของข้อมูล ใช้การตรวจสอบแบบสามเส้า (triangulation) (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2552) โดยตรวจสอบ ดังนี้

1. การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล ได้แก่ แหล่งบุคคลที่ให้ข้อมูล คือ ผู้ให้ข้อมูลมีสถานะต่างกัน ตำแหน่งบทบาท หน้าที่ความรับผิดชอบต่างกัน ได้แก่ ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน และผู้รับบริการที่มีทั้งผู้ป่วยและญาติ

2. การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการรวบรวม ใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลหลายวิธีเพื่อให้ได้ข้อมูล คือ 1) การรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์รายบุคคล เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และแนวทาง 2) การสนทนากลุ่ม เพื่อยืนยันข้อมูล และ 3) การศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมจากเอกสารของหน่วยสังเกตอาการและเอกสารของศูนย์พัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์รายบุคคล มาวิเคราะห์ตามเนื้อหาที่ปรากฏดังนี้

4.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน ถูกต้องและชัดเจน ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

4.1.1 ฟังเทปการสนทนาและถอดข้อความ (Transcribe) จากเทปแบบคำต่อคำ (Verbatim) เป็นภาษาเขียนภายหลังการเก็บข้อมูลแต่ละครั้ง

4.1.2 ตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้อง และความชัดเจนของข้อมูล เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น สรุประเด็นปัญหาข้อมูลที่ไม่ครอบคลุม ไม่ชัดเจนและประเด็นที่ต้องการเพิ่มเติม

4.1.3 ปรับข้อความก่อนนำไปสนทนากับผู้ให้ข้อมูลครั้งต่อไป

4.1.4 วิเคราะห์และสรุประเด็นของผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย

4.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) เมื่อได้ข้อมูลจากการถอดเทปเป็นภาษาเขียน และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาโดยมีขั้นตอน ดังนี้ (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2549)

4.2.1 อ่านข้อมูลที่ได้จากการสนทนาของผู้ให้ข้อมูลซ้ำหลาย ๆ ครั้ง ร่วมกับฟังเทปเสียง เพื่อทำความเข้าใจความหมายของข้อมูล

4.2.2 ดึงข้อความหรือประโยคที่สำคัญและกล่าวซ้ำ ๆ กันออกมา และให้ความหมายของแต่ละข้อความหรือประโยคสำคัญนั้นให้ชัดเจนขึ้น

4.2.3 จัดระบบความหมายของข้อความเป็นกลุ่มประเด็นและเขียนบันทึกการสนทนา

4.2.4 เขียนอธิบายประเด็นที่ได้เป็นความเรียงให้ต่อเนื่องและกลมกลืน จากนั้นกลับไปอ่านซ้ำ ๆ อีกครั้งร่วมกับการกลับไปฟังการสนทนาอีกครั้ง เพื่อค้นหาสิ่งตกหล่นไป มีประเด็นที่ไม่ชัดเจนกลับไปถามผู้ให้ข้อมูลอีกครั้งถึงประเด็นที่ไม่ชัดเจน

4.2.5 แกะไขข้อมูลตามผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ เขียนประเด็นข้อมูลสำคัญและแปลความหมายเป็นความเรียง

หลังได้ข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยได้นำประเด็นสำคัญไปใช้เป็นข้อมูลในการสร้างระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการที่เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เพื่อตอบวัตถุประสงค์ที่ 2 ของการวิจัย

ระยะที่ 2 สร้างระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ

ขั้นตอนนี้เป็นการนำผลการวิเคราะห์สถานการณ์และแนวทางการให้บริการหน่วยสังเกตอาการในระยะที่ 1 มาสร้างระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. นำประเด็นสำคัญจากวิเคราะห์เนื้อหาที่ได้จากผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน และผู้รับบริการในระยะที่ 1 ทั้งหมด จัดกลุ่มตามกรอบแนวคิดโดนาปิเดียน

2. จัดทำร่างระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี โดยการออกแบบร่างระบบบริการพยาบาลยึดองค์ประกอบของระบบบริการพยาบาล 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) ด้านโครงสร้าง คือ ปัจจัยนำเข้าระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ คุณลักษณะและแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ ภายในหน่วยสังเกตอาการ 2) ด้านกระบวนการ คือ การนำปัจจัยนำเข้าและโครงสร้างลงสู่การปฏิบัติ มุ่งเน้นกิจกรรมต่าง ๆ ที่ได้มาตรฐาน ที่ผู้ให้บริการปฏิบัติต่อผู้ใช้บริการ ในด้านการส่งเสริม ป้องกัน ดูแลรักษา และฟื้นฟู ภายในหน่วยสังเกตอาการ และ 3) ด้านผลลัพธ์ คือ ผลที่เกิดจากกระบวนการทำงาน ซึ่งอาจอยู่ในรูปของผลิตภัณฑ์ (Product)

หรือบริการ (Service) สามารถวัดได้ทั้งปริมาณและคุณภาพ โดยเนื้อหาในแต่ละองค์ประกอบได้มาจากประเด็นสำคัญจากการวิเคราะห์เนื้อหาบูรณาการร่วมกับข้อเสนอแนะจากผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งหมด แนวทางการจัดบริการหน่วยสังเกตอาการตามคู่มือแนวทางการจัดบริการห้องฉุกเฉินที่เหมาะสมกับระดับศักยภาพสถานพยาบาล Part 3 (Guideline ER Service Delivery) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 4 พ.ศ.2561 (Hospital and Healthcare Standards 4thEdition) ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข (Patient and Personnel Safety: 2P Safety) และอยู่ภายใต้การกำกับของมาตรฐานวิชาชีพพยาบาล มาตรฐานระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

3. หลังจากนั้นนำร่างระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีที่พัฒนาขึ้น นำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์พิจารณา ตรวจสอบความถูกต้องตามโครงสร้างและเนื้อหา พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะ แล้วจึงนำไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ จนได้ร่างระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการที่เหมาะสมเบื้องต้น

ระยะที่ 3 ประเมินความเหมาะสมของระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการที่พัฒนาขึ้น

ผู้วิจัยนำร่างระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการที่พัฒนาขึ้นในระยะที่ 2 ไปประเมินความเหมาะสม ระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการโดยผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อตอบตามวัตถุประสงค์ที่ 3 ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยในการประเมินความเหมาะสมได้แก่ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ผู้บริหารโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี และผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษาที่มีประสบการณ์ด้านการบริหาร

กลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มผู้ที่ประเมินความเหมาะสมระบบบริการหน่วยสังเกตอาการที่พัฒนาขึ้น เลือกแบบเจาะจง จำนวน 7 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1.1 ตัวแทนจากกลุ่มผู้ให้บริการและผู้รับบริการ รวมทั้งหมด 3 คน ได้แก่

1.1.1 ตัวแทนกลุ่มผู้บริหาร ได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิก

1.1.2 ตัวแทนกลุ่มผู้ปฏิบัติการ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วย

สังเกตอาการ

1.1.3 ตัวแทนกลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ ญาติผู้ป่วยที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยหน่วยสังเกต

อาการ

1.2 กลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 คน ได้แก่

1.2.1 นายแพทย์ตำแหน่งรองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี มีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้ เป็นผู้บริหารระดับสูง มีบทบาทในการกำหนดนโยบายการให้บริการของหน่วยสังเกตอาการ

1.2.2 หัวหน้าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้ เป็นผู้บริหารทางการแพทย์ ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องหรือมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายการให้บริการของหน่วยสังเกตอาการ

1.2.3 เลขาธิการศูนย์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี (ศูนย์ HA) เกณฑ์การคัดเลือก เป็นผู้วิเคราะห์เป้าหมาย ตัวชี้วัดด้านระบบงานสำคัญในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล

1.2.4 อาจารย์พยาบาลของวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เกณฑ์การคัดเลือก มีประสบการณ์ในการสอนนักศึกษาทางทฤษฎี มีประสบการณ์ใกล้ชิดกับสถานการณ์ของหน่วยสังเกตอาการ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประเภทเครื่องมือ คือ แบบประเมินความเหมาะสมของระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี การสร้างเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ประยุกต์มาจากเครื่องมือ การประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล จากแนวคิด AGREE II (Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II: AGREE II) ฉบับภาษาไทย 2556 จัดทำโดย สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ลักษณะเป็นแบบสอบถามที่มีมาตรา ส่วนประมาณค่า (Rating scale) 7 ระดับ คือ

คะแนนระดับ 1 (ไม่เห็นด้วยเป็นอย่างมาก) ควรให้คะแนนระดับ 1 เมื่อไม่มีข้อมูลที่ตรงกับหัวข้อหรือรายงานไว้ไม่ดี

คะแนนระดับ 7 (เห็นด้วยเป็นอย่างมาก) ควรให้คะแนนระดับ 7 หากการรายงานมีคุณภาพดีมาก ครบถ้วนตามหลักเกณฑ์และข้อพิจารณาที่ระบุไว้ในคู่มือการใช้งาน

คะแนนระดับ 2 ถึง 6 การให้คะแนนระหว่าง 2-6 เมื่อรายงานของหัวข้อต่าง ๆ ไม่เป็นไปตามเกณฑ์หรือข้อพิจารณาทั้งหมด การให้คะแนนขึ้นอยู่กับความสมบูรณ์ของคุณภาพของรายงาน โดยจะได้คะแนนเพิ่มขึ้นเมื่อเป็นไปตามเกณฑ์และข้อพิจารณาเพิ่มเติม โดยใน ส่วน “วิธีให้คะแนน” ของแต่ละข้อ จะมีรายละเอียดเกี่ยวกับเกณฑ์การประเมินและข้อพิจารณาเฉพาะของแต่ละหมวด โดยมีคำถามที่ใช้ประเมินครอบคลุม 6 มิติ ได้แก่

มิติที่ 1 วัตถุประสงค์ พิจารณาวัตถุประสงค์ในภาพรวมของระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ (ข้อที่ 1)

มติที่ 2 ขอบเขต ระบุองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องการพัฒนาหรือแนวปฏิบัติ (ข้อที่ 2)

มติที่ 3 การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มุ่งเน้นที่ขอบเขตของการจัดทำระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (ข้อที่ 3)

มติที่ 4 ความเป็นอิสระ มุมมองความเป็นอิสระของผู้มีส่วนร่วม เกี่ยวกับข้อเสนอแนะความคิดเห็นและการพัฒนาระบบบริการ (ข้อที่ 4)

มติที่ 5 ความเข้มงวดของการขั้นตอนการจัดทำเกี่ยวข้องกับกระบวนการที่ใช้เพื่อรวบรวมและวิเคราะห์หลักฐาน วิธีการจัดทำ ข้อเสนอแนะ และวิธีการปรับคำแนะนำให้เป็นปัจจุบัน (ข้อ 5)

มติที่ 6 ความชัดเจนในการนำเสนอและการนำไปใช้ ข้อเสนอแนะมีความเฉพาะเจาะจง มีการนำเสนอแนวทางปฏิบัติที่ง่ายต่อการปฏิบัติ (ข้อที่ 6)

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ การตรวจความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content validity) สำหรับแบบประเมินความเหมาะสมของระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการที่พัฒนาขึ้น ผู้วิจัยนำแบบประเมินความเหมาะสมของระบบบริการพยาบาลเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความเหมาะสม ความสอดคล้อง ความครอบคลุมของเนื้อหา และการใช้ภาษาของข้อคำถาม และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา และดำเนินการเช่นเดียวกับการตรวจคุณภาพเครื่องมือวิจัยชุดที่ 1-3 ดังเสนอในข้อ 2.3

แบบประเมินความเหมาะสมของระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการที่พัฒนามีจำนวนทั้งหมด 14 ข้อ ได้รับการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่า CVI แต่ละข้อดังนี้ จำนวนข้อที่ได้ CVI เท่ากับ 1 จำนวน 12 ข้อ และ CVI เท่ากับ 0.8 จำนวน 2 ข้อ (รายละเอียดดัง แสดงในภาคผนวก จ) ได้ค่า S-CVI/Ave เท่ากับ 0.97 หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษา ได้ตัดข้อคำถามที่ถามซ้ำและไม่ครอบคลุมเนื้อหาออกจำนวน 8 ข้อ หลังปรับแก้ไขตามคำแนะนำผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แบบประเมินความเหมาะสมของระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ที่มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 6 ข้อ ได้ค่า S-CVI/Ave เท่ากับ 0.96 ซึ่งมีค่าตั้งแต่ 0.80 ขึ้นไป จึงสรุปได้แบบประเมินความเหมาะสมของระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ที่พัฒนาขึ้นมีค่าความตรงตามเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ สามารถนำไปใช้เก็บข้อมูลในงานวิจัยต่อไป

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้มีการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1 นิตหมายวัน เวลา สถานที่ กับกลุ่มตัวอย่างผู้ประเมินความเหมาะสมของระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการที่พัฒนาขึ้น เพื่อประเมินร่างระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ

3.2 ขั้นตอนการ นำร่างระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการที่พัฒนาขึ้น ประเมินความเหมาะสม โดยใช้แบบประเมินความเหมาะสมของระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ โดยให้ผู้ประเมินได้อ่านรายละเอียดของร่างระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการและเอกสารแนบ ร่วมกับมีผู้วิจัยเป็นผู้ให้อธิบายรายละเอียดและตอบข้อซักถาม หลังจากนั้นให้ผู้ประเมินให้คะแนนตามแบบประเมินความเหมาะสมของระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกต รวมถึงให้ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นต่อร่างระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการที่พัฒนาขึ้น หลังจากนั้นนำข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นจากผู้ประเมินความเหมาะสมนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษา และนำไปปรับปรุงแก้ไขร่างระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการให้มีความสมบูรณ์เพิ่มขึ้น

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

แบบประเมินความเหมาะสมของระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการที่พัฒนาขึ้นผู้วิจัย ประยุกต์มาจากเครื่องมือ การประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติ สำหรับการวิจัยและการประเมินผล จากแนวคิด AGREE II ฉบับภาษาไทย 2556 (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์, 2556) นำมาสร้างเป็นแบบประเมินความเหมาะสมของระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการที่พัฒนาขึ้น ลักษณะแบบประเมินเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 7 ระดับ คือ 7 มีความเหมาะสมมากที่สุด และ 1 ไม่มีความเหมาะสม

ใช้การคำนวณคะแนนความเหมาะสม คำนวณจากแต่ละรายมิติจาก 6 มิติจำนวน ทั้งหมด 6 ข้อ การคำนวณคะแนนรายหมวด คำนวณได้จากการรวมคะแนนทั้งหมดของแต่ละหัวข้อ ประเมินในแต่ละหมวด และจัดลำดับคะแนนรวมเป็นร้อยละของคะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้ของหมวดดังกล่าว

$$\text{ระดับคะแนน} \text{ คือ } \frac{\text{คะแนนที่ได้} - \text{คะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้}}{\text{คะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้} - \text{คะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้}}$$

$$\text{คะแนนสูงสุดที่จะเป็นไปได้} = 7 (\text{เห็นด้วยอย่างมาก}) \times \text{จำนวนคำถามทั้งหมด} \times \text{จำนวนผู้ประเมิน}$$

$$\text{คะแนนต่ำสุดที่จะเป็นไปได้} = 1 (\text{ไม่เห็นด้วยอย่างมาก}) \times \text{จำนวนคำถามทั้งหมด} \times \text{จำนวนผู้ประเมิน}$$

ตัวอย่าง

การให้คะแนน มิติที่ 1 ด้านวัตถุประสงค์ ที่มีหัวข้อการประเมิน จำนวน 1 ข้อ โดยผู้ ประเมิน 5 คน ดังนี้

ผู้ประเมินคนที่ 1	=	5	คะแนน
ผู้ประเมินคนที่ 2	=	6	คะแนน
ผู้ประเมินคนที่ 3	=	5	คะแนน
ผู้ประเมินคนที่ 4	=	5	คะแนน
ผู้ประเมินคนที่ 5	=	5	คะแนน
รวม	=	26	คะแนน

$$\text{คะแนนสูงสุดที่จะเป็นไปได้} = 7 (\text{เห็นด้วยอย่างมาก}) \times 1 (\text{หัวข้อ}) \times 5 (\text{ผู้ประเมิน}) = 35 \text{ คะแนน}$$

คะแนนต่ำสุดที่จะเป็นไปได้ = 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างมาก) \times 1 (หัวข้อ) \times 5 (ผู้ประเมิน) = 5 คะแนน

ระดับความเชื่อมั่นมิติที่ 1 ด้านวัตถุประสงค์คือ $\frac{26-5}{35-5} = \frac{21}{30} \times 100 = 0.7 \times 100 = 70$

ซึ่งการวิเคราะห์ความเหมาะสมของร่างระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ หลังจากประเมินทั้ง 6 มิติ จำนวน 6 ข้อเสร็จสิ้น สามารถพิจารณาคะแนนของความเชื่อมั่นโดยใช้หลักการเดียวกับการหาคุณภาพเครื่องมือ กล่าวคือ หากมีค่าคะแนนความเชื่อมั่นโดยรวมมากกว่า ร้อยละ 70 สามารถสรุปได้ว่าแนวปฏิบัตินั้นสามารถเป็นที่ยอมรับและนำไปใช้ได้ (ศากุล ช่างไม้, 2549; Waltz, Strickland & Lenz, 2017)

4. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ผู้บริหาร พยาบาลวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติ ซึ่งเป็นการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยตระหนักถึงจริยธรรมในการทำวิจัย การนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมไปใช้ คำนึงถึงคุณค่า ศักดิ์ศรี และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมวิจัย ดังนั้นผู้ศึกษาจึงดำเนินการตามมาตรฐานการวิจัยในมนุษย์ ดังนี้

4.1 ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัย ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

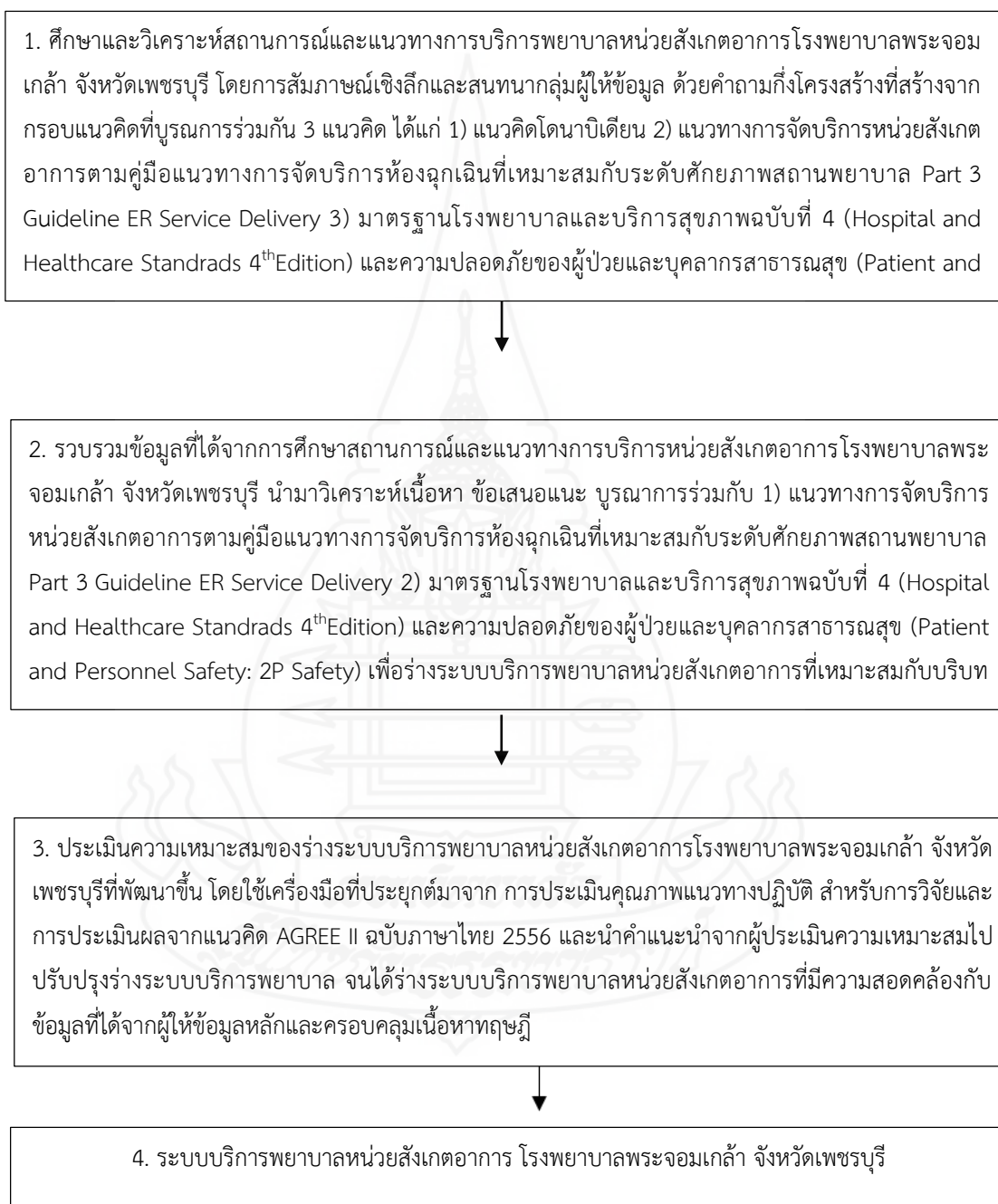
4.2 เมื่อได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี หมายเลข 6/2563 รับรองตั้งแต่ 4 กุมภาพันธ์ 2563 ถึง 4 กุมภาพันธ์ 2564 ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแผนที่กำหนด

4.3 ผู้วิจัยชี้แจงกลุ่มผู้ให้ข้อมูล อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลา การสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย ความอิสระในการเข้าร่วม อิสระในการสนทนาและตอบคำถาม ผู้เข้าร่วมสนทนามีสิทธิ์ปฏิเสธการตอบคำถาม รวมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาข้อสงสัย และการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยจะไม่ส่งผลกระทบใด ๆ

4.4 ผู้วิจัยให้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลลงลายมือให้ความยินยอม (Informed Consent) เป็นลายลักษณ์อักษรในรูปแบบฟอร์ม หลังจากให้ผู้วิจัยได้ชี้แจงข้อมูล รวมถึงผู้ให้ข้อมูลได้อ่านเอกสารแสดงความยินยอม อย่างเข้าใจและให้ลงนามด้วยความสมัครใจ ทั้งนี้แม้ว่าผู้ให้ข้อมูลจะลงนามแล้ว แต่สามารถถอนตัวออกจากการเป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัย และขออนุญาตในการบันทึกเทปทุกครั้ง เมื่อได้รับความยินยอมแล้ว

4.5 การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนาเองทั้งหมด และข้อมูลจากการบันทึกเสียงที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้วิจัยเป็นผู้ถอดเทปเองทั้งหมด ข้อมูลถูกบันทึกลงในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยที่มีรหัสเข้า

4.6 การรักษาความลับของข้อมูลที่ได้จากการสนทนา ข้อมูลทุกอย่างที่ได้ถูกปิดเป็นความลับไม่เปิดเผยให้ผู้อื่นทราบ การเปิดเผยข้อมูลจะเปิดเผยเป็นภาพรวม ไม่เปิดเผยข้อมูลเฉพาะบุคคลที่สามารถสืบค้นหาผู้ให้ข้อมูลได้



ภาพ 3.1 ขั้นตอนการพัฒนากระบวนการบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ใช้วิธีวิจัยแบบพรรณนา (Descriptive Research) นำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัยออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 สถานการณ์และแนวทางการให้บริการพยาบาลของหน่วยสังเกตอาการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ตอนที่ 2 ร่างระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ที่พัฒนาขึ้น

ตอนที่ 3 ความเหมาะสมของระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ที่พัฒนาขึ้น

ตอนที่ 1 สถานการณ์และแนวทางการให้บริการพยาบาลของหน่วยสังเกตอาการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

1.1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คัดเลือกแบบเจาะจงซึ่งคำนึงถึงความสามารถในการให้ข้อมูล เป็นผู้รู้จักหรือปฏิบัติงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับหน่วยสังเกตอาการและสมัครใจให้ข้อมูล แบ่งเป็นผู้ให้บริการและผู้รับบริการ มีรายละเอียด ดังนี้

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้บริการจำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด และ ลักษณะการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการ (n = 9)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	1	11.11
หญิง	8	88.89
2. อายุ		
30- 39 ปี	1	11.11
40 – 49 ปี	5	55.56
50 – 59 ปี	2	22.22
60 ปีขึ้นไป	1	11.11
3. ระดับการศึกษา		
มัธยมปลาย/ปวส.	1	11.11
ปริญญาตรี	5	55.56
ปริญญาโทหรือเทียบเท่า	3	33.33
4. ลักษณะการปฏิบัติงานของผู้ให้ข้อมูล		
ผู้บริหาร	2	22.22
ผู้ปฏิบัติงาน	7	77.78

จากตารางที่ 4.1 ผู้ให้ข้อมูลคือ ผู้ให้บริการ สามารถจำแนกออกเป็น ผู้บริหารจำนวน 2 คนและผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 7 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80 มีอายุระหว่าง 40-49 ปี มากที่สุด ร้อยละ 55.56 ส่วนใหญ่จบการศึกษาปริญญาตรีร้อยละ 55.56 และปริญญาโทหรือเทียบเท่า ร้อยละ 33.33

ตารางที่ 4.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับบริการจำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด และ ลักษณะการรับบริการ (n=6)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	2	33.33
หญิง	4	66.67
2. อายุ		
30- 39 ปี	2	33.33
40 – 49 ปี	3	50.00
50 – 59 ปี	1	16.67
3. ระดับการศึกษา		
มัธยมต้น/ปวช.	1	16.67
มัธยมปลาย/ปวส.	3	50.00
ปริญญาตรี	2	33.33
4. ลักษณะการรับบริการ		
ผู้ป่วย	3	50.00
ญาติผู้ป่วย	3	50.00

จากตารางที่ 4.2 ผู้ให้ข้อมูลคือ ผู้รับบริการ สามารถจำแนกข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลได้ ดังนี้ ผู้ป่วยจำนวน 3 คนและญาติผู้ป่วยจำนวน 3 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.67 มีอายุระหว่าง 40-49 ปี มากที่สุด ร้อยละ 50 ส่วนใหญ่จบการศึกษามัธยมปลาย/ปวส. ร้อยละ 50 และปริญญาตรีร้อยละ 33.33

1.2 สถานการณ์และแนวทางการให้บริการของหน่วยสังเกตอาการโรงพยาบาล

พระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

หน่วยสังเกตอาการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ตั้งอยู่ในหอผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิก ให้บริการ 10 เตียง เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยอายุรกรรมเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยที่รับไว้บางส่วนนอนโรงพยาบาลเพียง 1-2 วันเพื่อสังเกตอาการ หรืออาจต้องรับไว้รักษาก่อนกลับบ้านโดยไม่จำเป็นต้องรับไว้เป็นผู้ป่วยใน และบางส่วนของแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้แต่รอกลับบ้าน จึงทำให้จำนวนเตียงของหอผู้ป่วยอายุรกรรมไม่เพียงพอต่อการรองรับผู้ป่วย คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลจึงมีนโยบายให้เปิดหน่วยสังเกตอาการในหอผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดความแออัดของผู้ป่วยสามัญทาง

อายุรกรรม มีสถานที่รองรับผู้ป่วยสังเกตอาการที่ไม่จำเป็นต้องนอนในโรงพยาบาลและเพื่อเพิ่มค่าเฉลี่ยน้ำหนักสัมพัทธ์ (Case Mix Index: CMI) (กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี, 2556) โดยกำหนดเกณฑ์การรับประเภทผู้ป่วย 1 ดูแลตนเองได้ และประเภท 2 ผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลาง เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วยและเหมาะสมกับบริบทของหน่วย เนื่องจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิก ต้องเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยสังเกตอาการในเวรนอกเวลาราชการ

สถานการณ์และแนวทางการให้บริการของหน่วยสังเกตอาการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีที่ผ่านมา จากการศึกษาโดยการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ซึ่งสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของโดนาบิเดียน (Donabedian, 1988) สัมภาษณ์ผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ สรุปผลการวิเคราะห์เนื้อหาได้ประเด็นสำคัญทั้งหมด 12 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 การจัดแบ่งพื้นที่ให้บริการหน่วยสังเกตอาการไม่เหมาะสม ผู้ป่วยและพยาบาลเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

หน่วยสังเกตอาการตั้งอยู่ในพื้นที่ในหอผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิก ไม่ได้กั้นเป็นสัดส่วนทำให้ผู้ป่วยหน่วยสังเกตอาการและผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิก บางส่วนต้องนอนรวมในพื้นที่เดียวกัน ซึ่งผู้ป่วยสังเกตอาการเป็นผู้ป่วยอายุรกรรมมีลักษณะการเจ็บป่วย อาการของโรคและการดูแลรักษาแตกต่างจากผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิก และบางส่วนมีการติดเชื้อทำให้ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิกเสี่ยงต่อการติดเชื้อ รวมถึงสถานที่ปฏิบัติงานของบุคลากรไม่ได้แยกให้เป็นสัดส่วนออกจากหอผู้ป่วย ส่วนที่จัดให้เป็นเคาน์เตอร์ปฏิบัติงานสำหรับพยาบาลอยู่บริเวณทางเดินภายในตึก ไม่ได้กั้นให้เป็นสัดส่วนหรือจัดเป็นห้องสำหรับการปฏิบัติงานของพยาบาล ผู้ป่วยและญาติเดินผ่านไปมาได้ตลอดเวลา ซึ่งทำให้บุคลากรเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เสี่ยงต่อความปลอดภัยของร่างกายและทรัพย์สิน ดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลต่อไปนี้

“... ซึ่งแต่แรกมันก็ไม่ใช้หอสังเกตอาการโดยตรง แต่เราเอา Apply (ประยุกต์) เอาเพื่อที่จะให้ดูแลคนไข้ได้...(HN)” “...บริบทของคนไข้ ตา หู จมูกกับคนไข้ อายุรกรรม มันค่อนข้างที่จะต่างกันเยอะ...(D)” “...เตียง 9 เตียง 10 ที่ล้นมาฝั่งตา ที่เป็นลือค sterilize (สะอาดปราศจากเชื้อ) และติดเชื้อของตา ถ้าคนไข้ของ observe (หน่วยสังเกตอาการ) มีการติดเชื้อ มันก็สามารถจะเกิด Cross Infection (การแพร่กระจายเชื้อข้ามคน) ไปสู่คนไข้ตาได้...(N6)” “...ก็คนไข้สังเกตอาการ กับคนไข้ตา มันจะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ที่อาจจะเกิด Cross infection ได้...(N1)” “...ตึกตาเป็นตึกsterile แล้วมันก็เสี่ยงจะติดเชื้อ...(N2)” “ถ้าพูดถึงในอนาคตข้างหน้า...จริง ๆ ตามมาตรฐานมันควรจะแยก... ก็ควรจะแยกเป็นหอหนึ่งไปเลย ซึ่งไม่ปนกับคนไข้ตา หรือไม่ก็ควรจะแยกลือคให้ชัดเจน...(HN)” “...nurse station (ที่ปฏิบัติงานของพยาบาล) ก็ควรจะมีย่านต่างเพื่อให้ญาติเขาติดต่อได้...พยาบาลก็นั่งกันอยู่ตรงนี้ มันก็เสี่ยงต่อการติดเชื้อ ควรจะกั้นพื้นที่ลึงนิตให้พยาบาล...(HN)” “หนูก็ว่าแคบเหมือนกัน... เวลาคนนอนข้างๆไอ หนูก็กลัว...(P2)”

ประเด็นที่ 2 ขาดมาตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้ป่วยอื่น ๆ ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยกับผู้รับบริการ

มีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ หรือเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อทางสัมผัส เช่น ผู้ป่วยอายุรกรรมและผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิกนอนรวมในพื้นที่เดียวกัน ผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาหรือผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจรวมถึงผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดรักษา เช่น การพ่นยา นอนรวมกับผู้ป่วยอื่น ๆ ซึ่งขาดการจัดโซนผู้ป่วยและการบริหารจัดการผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ รวมถึงการปฏิบัติงานของบุคลากรยังไม่เป็นแนวทางเดียวกัน บุคลากรบางคนยังไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อของโรงพยาบาล ผู้ปฏิบัติงานยังไม่ตระหนักถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย การนิเทศทางการพยาบาลไม่ต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยมีความไม่มั่นใจต่อการป้องกันการติดเชื้อขณะอยู่ในโรงพยาบาล สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้ป่วย ซึ่งการป้องกันการติดเชื้อในหอผู้ป่วยในนั้นถือเป็นการปฏิบัติที่สำคัญ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อไปยังผู้ป่วยอื่น ญาติผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลต่อไปนี้

“เป็นตึก sterile เป็น ward ตาด้วย ไม่มีโซนที่จะแยกคนไข้ได้ชัดเจน... (N1)” “...คนไข้ที่พ่นยานอนอยู่ตรงกลางตึก ก็รู้สึกว่าจะมีความฟุ้งกระจายเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อได้...แล้วก็ไม่มีใครแนะนำอะไรนะ...(PR2)” “เมื่อก่อนมันไม่ถึงขั้นน่ากลัวเหมือนตอนนี้ที่ยังไม่มีโรคโควิดเข้ามา...เขาก็มีจาม ไอ เราก็กลัว เราต้องเอาผ้าห่มมาปิดหน้าตัวเองเลย (P1)” “...คนที่ติดเชื้อ MDR (เชื้อดื้อยา) ทางสรพ.เขาแนะนำมาว่าเราไม่ควรจะรับ เพราะมันเป็นความเสี่ยงเรื่อง contact precaution (แพร่กระจายเชื้อโดยการสัมผัส) (HN)” “...เพราะพื้นที่เปิดโล่งไปหมด คนไข้กับญาติ คนโน้น คนนี้เดินปะปนกันไปหมด...(PR2)” “...มีผู้ป่วยติดเชื้อ MDR ก็ควรให้ย้ายคนไข้กลับไปอายุรกรรม หรือไม่ควรย้ายคนไข้มาปนกับคนไข้ผ่าตัดตา...(N1)” “...ก็มีแนวทางที่ IC (Infected control: การควบคุมการติดเชื้อ) แจกมานะ แต่ก็เห็นไม่ทำกันจริง ๆ จัง ๆ พี่ว่า IC nurse (Infected control nurse) ต้องลงหน้างานบ่อย ๆ..(N6)” “...ถ้าเรามองในเรื่องของสถานที่ต่อให้เซฟที่สุด แต่เราก็ยังใช้บุคลากรร่วมกับตึกตา ตัวทรัพยากรบุคคลมันเป็นอะไรที่เคลื่อนย้ายได้ มันจะเกิดอุบัติเหตุติดเชื้อดื้อยา ซึ่งอาจจะไม่เกิดจากสถานที่แต่มันเกิดจากตัวบุคคลแหละ (D)” “เจ้าหน้าที่ 1 คนไม่ได้ทำงานที่ observe อย่างเดียว นอกเวลา พยาบาลฝั่ง observe ก็ต้องมาช่วยหยอดตา เปิดตา ทำให้ Contact (สัมผัส) เชื้อโดยเจ้าหน้าที่ ... (HN)” “...บางที่รับมากก็ไม่ค่อยล้างมือ...(N1)” “น้องใหม่ ๆ ไม่ค่อยทำตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ บอกว่าลืมบ้าง ไม่รู้บ้าง...(NA)”

ประเด็นที่ 3 อัตรากำลังไม่สอดคล้องกับภาระงาน ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการบริการพยาบาลและคุณภาพชีวิตของผู้ให้บริการ

การจัดอัตรากำลังในเวรเช้า จัดแบบ Staff mix คือ RN (พยาบาล) 1 คน และ NA (ผู้ช่วยเหลือคนไข้) 1คน รับผิดชอบ10 เตียง สำหรับเวรนอกเวลาต้องใช้อัตรากำลังพยาบาลจากหอ

ผู้ป่วยจักษ์ โสต ศอ นาสิก มาดูแลผู้ป่วยสังเกตอาการ ซึ่งการจัดอัตรากำลังเวรป่วย-ดึกของหอผู้ป่วยจักษ์ โสต ศอ นาสิก จัดพยาบาลวิชาชีพ 2 คนและผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน รับผิดชอบดูแลทั้งสองหน่วยบริการรวม 40 เตียง ทำให้เกิดความไม่สมดุลระหว่างภาระงานกับอัตรากำลัง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพบริการพยาบาล ความปลอดภัยของผู้ป่วยและคุณภาพชีวิตของผู้ให้บริการ ดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลต่อไปนี้

“...เวรป่วยดึกจะเป็นพยาบาลที่ใช้ร่วมกับดึกตา. พยาบาลทางตามีภาระงานมาก และฝั่งobserveก็ต้องมี treatment (กิจกรรมการรักษา) ทางอายุรกรรมก็เหมือนกันที่ว่ามันก็นักอยู่บนะ (HN)” “...บางทีงานทางนี้ (ฝั่งตา) ต้องหยอดตาทุก 1 ชั่วโมงก็ไม่ได้หยอดมาช่วยงานฝั่ง observe ถ้าฝั่งตามีฉุกเฉินพวก Active bleed (ภาวะเลือดออก) เราก็ทิ้งคนไข้ทาง ฝั่งobserve ไปช่วยงานทางโน้น...(N1)” “...ซึ่งเราคนเดียวเราก็ทำไม่ทันหรือถ้าอาการคนไข้มันแยลง ก็อาจจะมีปัญหาญาติร้องเรียนได้...(N5)” “...เวรป่วยบางทีแทบจะไม่มีเวลากินข้าวเลยนะ...ต้องไปช่วยงานฝั่งตาด้วย แล้วกลับมาทำงานฝั่งตัวเอง(observe)ทำงานก็ไม่ทันเลย...(N6)” “...มีเคสให้เลือด arrest (หยุดหายใจ) ใส่ท่อช่วยหายใจ ในขณะที่เราเป็นพยาบาลคนเดียวเราทำแทบไม่ทัน...(N4)” “...แต่ถ้าเวลาช่วงกลางคืนต้องรอหน่อย...กลางคืนเค้าจะดูทั้งดึก ก็เป็นเฉพาะกลางคืน พอช่วงกลางวันตรงนี้ก็จะมีพยาบาลประจำอยู่... (PR2)” “ถ้าคนป่วยเพิ่มขึ้น ก็ควรเพิ่มบุคลากรมาดูแล น่าจะเป็นพยาบาลมากกว่า (P3)” “หนูต้องเดินทำงานสองฝั่ง คนไข้ผ่าตัดรับใหม่เยอะๆ หนูคนเดียวก็ไม่ทันเหมือนกัน... (NA) ประเด็นที่ 4 บุคลากรมีสมรรถนะไม่เพียงพอต่อการให้บริการพยาบาล ส่งผลกระทบต่อคุณภาพบริการพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วย

จากสถานการณ์และแนวทางการให้บริการพยาบาลในหน่วยสังเกตอาการ พบว่าพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยจักษ์ โสต ศอ นาสิก ที่เป็นทีมให้การพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ ไม่ได้ได้รับการอบรม หรือเสริมสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยอายุรกรรมก่อนที่จะปฏิบัติงาน รวมถึงการส่งเสริมและสนับสนุนเพื่อสร้างสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยอายุรกรรมยังไม่เพียงพอ ทำให้บุคลากรขาดความรู้ ทักษะ และขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยสังเกตอาการ อาจส่งผลต่อคุณภาพการดูแลและความปลอดภัยของผู้ป่วยดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลต่อไปนี้

“...ก็ต้องยอมรับว่าบุคลากรตรงนี้... อาจจะได้ไม่มีความพร้อมหรือชำนาญ... (D)” “...จะต้องมาดูคนไข้ที่เป็นอายุรกรรมล้วน ๆ มาใหม่ๆ เจอประสบการณ์ช่วงเดือนแรกๆ ไม่มีความรู้อายุรกรรมเลย...(N6)” “...คือถ้าเรามีความรู้ เราก็จะมั่นใจในการให้ความรู้ แต่ ณ.เวลานี้ เราไม่มีความรู้เราก็จะไม่ค่อยมั่นใจ ที่จะอธิบายให้คนไข้เข้าใจ...(N4)” “หมอสั่งให้พี่ drip NOR-E (การให้ยากระตุ้นความดันโลหิต) พี่ก็ไม่เคยให้ แล้วคนไข้ก็ไม่ดีทำยังไงกันละ...(N6)” “...ควรมีทักษะและความรู้การดูแลคนไข้ในส่วนของอายุรกรรมทุกอย่างทุกโรค ก็ควรต้องไปอบรมประชุมวิชาการให้ครบทุกคน...(N1)” “อย่างแพทย์อายุรกรรมบางคน ก็จะบอกว่าอยาก ให้observe เพิ่มเกรด (ประเภทของผู้ป่วย) ขึ้นมาแต่ด้วยศักยภาพของพยาบาลแล้วก็อัตรากำลัง ณ.ปัจจุบัน เราก็ต้องเอาแค่นี้ก่อน..

(N3) ” “... อยากให้พยาบาลที่ตีกายกรรมมาสอน มาคุยให้ความรู้ จะได้ถามว่าควรจะต้องทำอะไร แต่นี่ไม่ได้ทำให้เราศึกษาตัวเอง...(N5) ” “...แต่มันก็นานนะ กว่าจะมาถึงคิวพี่ ไปอบรมวิชาการ อย่างที่ มาอยู่ที่นี้ 2 ปีแล้ว น้องก็ยังไม่เรียนกันไปปีละคน กว่าที่พี่จะได้ไป คงต้องรอเป็นสิบปีแหละ...(N4) ” “... ถ้าจะเพิ่มก็น่าจะพวกที่ชำนาญ ก็น่าจะเป็นพยาบาลมาช่วยกลางคืน ... (PR3) ” “...บอกแต่ว่ามีภาวะ คือไม่อธิบายให้กระจ่างว่า เราเป็นอะไร...(P3) ” “มาอยู่ที่นี่ผมก็ไม่รู้เหมือนกันว่า บุคลากรมีความ เชี่ยวชาญทางด้านไหน เพราะเห็นมีคนไข้ตา แล้วผมปวดท้องมาโรงพยาบาล...(P1) ”

ประเด็นที่ 5 เกณฑ์มาตรฐานการรับผู้ป่วยเข้าหรือการย้ายผู้ป่วยออกของหน่วยสังเกตอาการควรได้รับการพัฒนาร่วมกันระหว่างผู้กำหนดนโยบายและหน่วยงานเกี่ยวข้องให้เหมาะสมกับ สมรรถนะและอัตรากำลังของบุคลากร

ขาดการสื่อสารให้หน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้ทราบเกณฑ์มาตรฐานการรับผู้ป่วย การ รับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับเกณฑ์การรับผู้ป่วยหน่วยสังเกตอาการยังไม่ทั่วถึง รวมถึงการให้ความ ร่วมมือของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องยังมีน้อย ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามวัตถุประสงค์ของหน่วยสังเกต อาการ และไม่สามารถปฏิบัติตามเกณฑ์ข้อตกลงของการรับหรือการย้ายผู้ป่วยที่หน่วยสังเกตอาการ ได้ ส่งผลต่อคุณภาพการบริการและความปลอดภัยของผู้ป่วย ดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลต่อไปนี้

“เกณฑ์ที่ค่อนข้างจะเหมาะสม แต่ในทางปฏิบัติผมว่าอาจจะจะมีบางเคสเกินกำลังของ เจ้าหน้าที่...(D) ” “...มันน่าจะเกิดจากการตกลงมาจากนโยบาย ซึ่งเรื่องเกรด (ประเภทผู้ป่วย) เราคุย กันมาหลายรอบแล้ว ซึ่งเราก็ปรับกันเองไม่ได้ และการถูกถ่ายทอดก็ไม่ได้ลงสู่ปฏิบัติ...(N3) ” “ของ พิเศษกรณี 3 (หออผู้ป่วยพิเศษ) เขาก็ใช้ MEW score (Modified Early Warning Score) เป็น เกณฑ์ในการรับผู้ป่วยเหมือนกัน ก็น่าจะเพิ่ม Mew score เข้าไปเพื่อให้มันชัดเจน...ลองดูนะ (N3) ” “...ก็เคยคุยเหมือนกันแหละว่า มันขึ้นกับหมอที่จะเป็นคนเขียนย้าย...(N4) ” “... ควรจะดูเกณฑ์ก่อนว่า ควรจะรับใหม่ที่นี้หรือไม่...(N5) ” “แล้วพอดีกายกรรมเต็มเต็ม ก็จะทำให้เรารับคนไข้ซึ่งมันเกินเกณฑ์ ที่กำหนด... (N6) ” “...การระบายคนไข้มาตรงหน่วยสังเกตอาการ ซึ่งก็ต้องยอมรับว่าบางครั้งมันไม่ สมเหตุสมผล...(D) ” “...สรุปว่ากว่าคนไข้จะย้ายกลับอาการชยได้ ใช้เวลาเป็นชั่วโมง แล้วผู้ป่วยก็ ไปเสียชีวิตที่อายุกรรม...(N6) ” “อาการไม่ดีที่ก็โทรตามแหละ...โทรบ่อยมากจน หมอก็ต้องมาย้าย...(N4) ” “...มันควรจะให้มีเกณฑ์ใหม่ที่เราจะต้องย้ายกลับภายในเวลาที่เกินที่ชั่วโมง...เพราะบางที่เราต้องรอเป็น ชั่วโมงชั่วโมงถ้าคนไข้มันด่วนมันก็ต้องย้ายไปได้เลย...(N1) ” “...ไม่รู้จะครับว่าดีอะไร เวลาขึ้นมาก็มี ตาคอจุกด้วย แฟนผมก็บอกว่านี่เป็นตีกรรม ผมก็ว่า แคร์รักษาผมหายอย่างเดียวเป็นพอ ...(P1) ”

ประเด็นที่ 6 ขาดทักษะการสื่อสารทางการพยาบาลทั้งการพูดและการเขียนระหว่างทีม การพยาบาลและสหสาขาวิชาชีพ ส่งผลให้คุณภาพบริการพยาบาลลดลงและความปลอดภัยของผู้ป่วย

พบว่ามีความไม่ชัดเจนเรื่องการให้ข้อมูล ขาดรายละเอียดในเรื่องที่สื่อสาร ความรู้ของ บุคลากรในเรื่องที่ต้องการสื่อสารมีไม่เพียงพอ ซึ่งอาจเกิดจากภาระงานของพยาบาลมีมาก มีความเร่ง

รับ ขาดความรู้และขาดการพัฒนาทักษะการสื่อสารด้านการให้ข้อมูล ซึ่งการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ควรเป็นการสื่อสารที่สามารถเข้าใจง่าย รวดเร็ว ครบถ้วน ถูกต้อง ครอบคลุม ชัดเจน ดังตัวอย่างผู้ให้ ข้อมูลต่อไปนี้

“...เขียนในบันทึกทางการแพทย์ ก็เขียนแต่ปัญหาซ้ำซากกันอยู่ โดยที่ไม่เอาปัญหา แท้จริง ของคนไข้มาตั้งจริง ๆ ... (HN)” “เราไม่ได้มีความถนัดทางด้าน Med (อายุรกรรม) บันทึกการ พยาบาลเราก็เขียนแบบทั่วไป ไม่สามารถจะเฉพาะเจาะจง...(N6)” “เราก็เขียนไม่ครอบคลุม ความรู้ เรื่องโรคอายุรกรรมของเรายังไม่ครอบคลุม เรารู้แค่อาการสำคัญแค่ออย่างเดียว...(N1)” “บางทีมันเป็น เคสที่มีความซับซ้อนเยอะ มันทำให้เราลำบากในการส่งเวร...(N6)” “ถ้าพยาบาลกับพยาบาลเรื่องการ ส่งเวร อาจจะส่งเวรไม่ครบถ้วน...(N1)” “...เขายังบอกว่าเวลาส่งเวรจะไม่ให้เกินครึ่งชั่วโมง คุณต้องเอา แต่สาระสำคัญ พี่ก็จะเตือนเวลารายงานแพทย์เอาเนื้อหาที่สำคัญกระชับ และก็ต้องมีความรอบคอบ... (HN)” “ การให้ยาบางตัว เช่น amikin (ชื่อยาปฏิชีวนะ) ที่ต้องเฝ้าระวังเรื่องไต เราก็ต้องย้ำกับคนไข้ และได้ย้ำกับทีมอีกทีหนึ่ง โดยเฉพาะพยาบาลรุ่นใหม่ๆ หรือน้องใหม่ ที่เรายังไม่เคยปฏิบัติงานร่วมด้วย อาจจะไม่คุ้นกับเรา เราอาจจะต้องสื่อสารถามย้อนกลับ...(D)”

ประเด็นที่ 7 ขาดการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้คุณภาพ บริการพยาบาลลดลงและความปลอดภัยของผู้ป่วย

พบว่าการสื่อสารการให้ข้อมูลไม่ชัดเจน มีความหมายคลุมเครือ ให้ข้อมูลแบบทั่ว ๆ ไป ไม่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน ขาดการทบทวนข้อมูลย้อนกลับเมื่อยุติการสื่อสาร ไม่ได้สรุป ประเด็นให้ตรงกันกับผู้ป่วยหรือญาติที่พยาบาลสื่อสารด้วย รวมถึงปัญหาการสร้างสัมพันธภาพกับ ผู้ป่วยและพฤติกรรมบริการของบุคลากร ซึ่งอาจส่งผลต่อคุณภาพบริการพยาบาลได้ การสื่อสารที่ดี และยึดหลักการสื่อสารโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้การดูแลได้เฉพาะเจาะจง จะทำให้การดูแล รักษาสุขภาพของผู้ป่วยมีคุณภาพ รวมถึงการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ จะทำให้เกิด ความสบายใจและความไว้วางใจของผู้รับบริการมีต่อทีมผู้ให้บริการ ดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลต่อไปนี้

“...ก็น่าจะให้ข้อมูลที่เป็นเฉพาะความเสี่ยงของโรคนี้อยู่ แต่นี่บอกทั่ว ๆ ไป ...(PR2)” “พยาบาลก็พูด นะ แต่ไม่ได้อธิบายเยอะ แค่บอกว่าถ้ามีอะไรผิดปกติก็ให้บอกนะ ซึ่งบางทีเราก็ไม่รู้ว่าอาการผิดปกติที่ พยาบาลว่าหมายถึงอะไร...(PR1)” “...คือบอกไม่ให้กระจ่าง ว่าเราเป็นอะไรกันแน่ ต้องทำอะไรต่อ... (P3, PR3)” “...น่าจะให้คำแนะนำ หรือว่าบอกให้คนไข้สามารถกลับไปทำ แล้วรู้สึกว่าจะทำได้และเห็นผล (P3)” “...ก็อาจจะลอง feedback (การให้ข้อมูลย้อนกลับ) หรือถามกลับว่า ในสิ่งที่เราทำนี้มีข้อสงสัย อะไรบ้างไหม คือเราต้องมีการสื่อสารสองทาง สิ่งที่เราอาจจะเข้าใจตัวเองว่าเราสื่อสารดีแล้ว บางที เขาอาจจะไม่เข้าใจเลยก็ได้...(D)” “...ก็เคยเจอว่าผู้ป่วยและญาติบอกว่าพยาบาลคุยเสียงดัง...(HN)” “...เราก็จะเจอร้องเรียนเรื่องพูดไม่เพราะ คนไข้ก็จะร้องเรียนพูดจาไม่เพราะ พูดจากระชอกโฮกฮาก

ไม่ใส่ใจดูแลอะไรแบบนี้...(HN) “...อยากให้พยาบาลเวลาเดินมาดู ก็หันมายิ้มให้บ้าง จะทำให้เหมือนว่าพยาบาลพร้อมที่จะให้บริการ...(PR2)

ประเด็นที่ 8 ขาดองค์ความรู้และการพัฒนาการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการบริการพยาบาล พยาบาลมีภาระงานมาก ทำแต่งงานประจำ ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมอบรมได้ ขาดการสนับสนุนและส่งเสริมของหน่วยงานเพื่อให้พยาบาลทำงานวิจัย หรือนำหลักฐานทางวิชาการมาใช้ในการกระบวนการพยาบาลหรือการพัฒนาบริการพยาบาล ดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลต่อไปนี้

“...งานวิจัย ตอนนี้พยาบาลไม่ค่อยมีเวลา พี่สังเกตว่าแค่ R2R จะไม่มีใครลงไปเรียนแล้ว เพราะด้วยพยาบาลหน้างาน งานภาระงานเยอะ...(HN) ” “พี่ก็ขอหยุดไปทำวิจัย PCK MEWS score (แบบประเมินการเฝ้าระวังอาการทรุดลงของผู้ป่วยของรพ.พระจอมเกล้า) ของฝ่ายการแล้ว ให้แลกรเวรไปเองบ่อย ๆ พี่ก็ไม่ไหว...(N4) ” “...ส่วนใหญ่ก็ไม่ได้ใช้พวกความรู้ใหม่ๆ หรือพวกงานวิจัยมาใช้ในการกระบวนการพยาบาลหรอก ก็จะใช้ตามนโยบายของโรงพยาบาล ว่าต้องทำตามแนวทางของโรคนี้อะไรนี้ ก็ยังไม่มีใครเอาเรื่องใหม่มาใช้...(N1) ” “เรื่องการใช้ MEWS การประเมินอาการผู้ป่วย ก็ยังไม่ค่อยทำ... (N6) ” “...ก็น่าจะมาให้ความรู้กันเดือนละเรื่อง ในเรื่องกระบวนการดูแลผู้ป่วย อายุรกรรม เราก็จะได้พัฒนาขึ้น(N1) ” “...เราก็ควรศึกษาตาม guideline ว่าอย่างไร มันจะได้เข้าใจตรงกัน...เมื่อมีความรู้ด้วยตนเอง เราก็จะได้ดูแลคนไข้ได้อย่างมั่นใจมากขึ้น...(D) ”

ประเด็นที่ 9 เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายจากการใช้ยา ส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

มีอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาเช่น การแจกยาผิดชนิด ให้ยาผิดขนาด ลืมให้ยาผู้ป่วยไม่ได้รับยาเต็ม พยาบาลขาดความรู้เกี่ยวกับการบริหารยา ขาดความรับผิดชอบ จากการที่พยาบาลไม่ตระหนักถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย และไม่ปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยาอย่างจริงจัง ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายจากการให้ยา ดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลต่อไปนี้

“น่าจะเป็นความเสี่ยงเรื่องยา อันดับ 1...(HN) ” “เรื่องยา ... เราพบว่าใบยาเดิมของคนไข้ที่รับย้ายไม่ค่อยเคยมีมาคนไข้เลยไม่ได้กินยาเดิม...(N4) ” “เคสที่ย้ายมาจาก Med (Medicine ward) ไม่ค่อยทำใบ Drug reconciliation (ใบประสานยาเดิม) มาให้...(N6) ” “ส่วนใหญ่ก็จะเป็นเรื่องยา ลืมให้ยาคนไข้ ให้ยาผิด ... (N1) ” “พยาบาลก็บอกแค่ว่าอยากกลับบ้านนะ แต่ไม่รู้หรอกว่าต้องระวังอะไรบ้าง (PR1) ” “...ซึ่งเราก็ไม่มีความรู้หรอกว่า คนไข้ล้างไต เค้าจะไม่ให้ยาฆ่าเชื้อก่อนไป เค้าจะกลับมาให้ยาหลังล้างไต...(N4) ” “...พยาบาลก็มีความผิดพลาดในการให้ยา ลืมฉีดยา...ลืมรับคำสั่งแจกยาไม่ครบบ้างแจกยาไม่ตรงเวลามั่ง ซึ่งคนที่เขียนอุบัติการณ์ก็คือพยาบาลด้วยกัน... (HN) ” “...คนไข้ได้ยาเกิน หมอลสั่ง off (หยุด) ยาแล้วเวรเช้าไม่ได้ off ยา เวรตึกก็ไม่เช็ดยา งานก็เลยหลุด หลุดมาตั้งหลายเวร...(N6) ” “...ถ้าเราไม่เขียนอุบัติการณ์ตามตรง ก็จะไม่เกิดการพัฒนา ซึ่งอุบัติการณ์อันดับหนึ่งก็คือเรื่องยา...(N4) ”

ประเด็นที่ 10 ขาดแนวปฏิบัติที่ดีในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม

พบว่าพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตก หกล้ม ขาดการเฝ้าระวัง และมีแนวปฏิบัติที่ไม่ชัดเจนสำหรับการป้องกันการพลัดตกหกล้ม เช่น ผู้ป่วยที่มีสัญญาณชีพไม่คงที่ ผู้ป่วยที่ได้รับยาบางชนิด ผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแลหรือผู้ป่วยสูงอายุ เกิดอุบัติเหตุการล้มทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายระหว่างนอนโรงพยาบาล ดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลต่อไปนี้

“ญาติก็กลับบ้านไปกลายเป็นว่าไม่มีญาติ แล้วก็ไปล้มในห้องน้ำ ไม่มีใครรู้...(N6)” “...เดินไปห้องน้ำคนเดียว คงถ่ายไปเยอะ ไปล้มในห้องน้ำ...(N5)” “ก้มลงมาหยิบกระบอกล้างใต้เตียงเอง เลยตกเตียง...(N1)” “...ผู้ป่วยส่วนใหญ่ก็สูงอายุทั้งนั้นเดินก็ลำบากพีกก็กลัวว่าจะล้ม...(N4)” “คนแก่ที่ซิดมาให้เลือด เดินไปกลัวจะไปล้มในห้องน้ำยิ่งซิดๆอยู่ ญาติก็ชอบปล่อยให้อยู่คนเดียว...(N6)” “...เวลารับคนไข้สูงอายุ น่อง ๆ ไม่ค่อย Orientation (แนะนำ) กันว่าต้องมีคนเฝ้าใกล้ซิด...(HD)” “ก็ไม่มีแนวทางการประเมินเรื่องพลัดตกหกล้ม แต่พีกก็ยกไม้กันเตียงขึ้น...(N5)”

ประเด็นที่ 11 ความไม่เพียงพอของอุปกรณ์ที่ใช้การบำบัดรักษา

จากสถานการณ์และแนวทางการให้บริการพยาบาลในหน่วยสังเกตอาการพบว่า เมื่อผู้ป่วยมาใช้บริการมาก อุปกรณ์ในการบำบัดรักษาไม่เพียงพอ อุปกรณ์การแพทย์และเครื่องมือที่ใช้ในภาวะฉุกเฉินบางอย่างต้องใช้ร่วมกัน และขอยืมจากหอผู้ป่วยหนักฉุกเฉินหรือหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน บางครั้งไม่พร้อมใช้งาน ซึ่งอาจเกิดความไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วยได้ ดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลต่อไปนี้

“...หนูว่า Pipe line มันมีจำนวนน้อยไป...(N6)” “มีที่หัวเตียงแค่ 4 เตียง ถ้าเป็นเคสไม่ตรงเตียงก็ลำบาก มี Pipe line (ท่อต่อออกซิเจนบริเวณหัวเตียง) มีไม่ครบทุกเตียง...(N4)” “...ตอนฉุกเฉินที่ต้องให้ออกซิเจนแล้วหัวเตียงไม่มี Pipe line มันก็ไม่ทันเวลานะ...(N5)” “...ยังขาด EKG (เครื่องตรวจคลื่นหัวใจ) เวลาใช้ต้องไปยืมตึก ICU Emergency (ตึกผู้ป่วยหนักฉุกเฉินวิกฤต) แต่บางครั้งพอไปยืมมา EKG ก็ใช้ไม่ได้ ชัดข้อง...(N1)” “...หัวต่อออกซิเจน 3 ทางของเราก็มีน้อยนะ คนใช้ฟันยาของ ENT (ผู้ป่วยหูคอจมูก) ก็ใช้ คนใช้ observe ก็ใช้ บางที่ต้องแย่งกัน... (N5)” “...พีคิดว่าเครื่องจับออกซิเจนปลายนิ้วก็ขาดนะ ที่มีก็ชำรุดนะ...(HN)”

ประเด็นที่ 12 บุคลากรบางส่วนขาดความชำนาญในการใช้อุปกรณ์บำบัดรักษา

บุคลากรมีประสบการณ์การใช้อุปกรณ์และเครื่องมือแพทย์น้อย ทำให้ขาดความชำนาญในการช่วยเหลือผู้ป่วย ดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลต่อไปนี้

“...แต่ก็ยังมีพยาบาลบางคนที่ยังทำติด EKG ไม่คล่อง แต่ถ้าเป็นพยาบาลที่เขาย้ายมาจากอายุรกรรมหรือ ER (หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน) เขาก็จะซิลล์เลย ...แล้วก็การใช้ defib (เครื่องกระตุกหัวใจ) ทำกันไม่ค่อยได้เพราะนาน ๆ เราจะใช้... (HN)” “...อย่าง EKG เราก็ก่อนไปเรียนการทำ EKG... แต่มันก็ลืม...ก็ไม่ได้ชำนาญ...(N1)” “ที่เค้าใช้ Infusion pump (เครื่องปรับการหยดน้ำเกลือ) ไม่ค่อยได้ เวลาเครื่องร้อง... ต้องให้คนอื่นต่อให้ตลอด...(N6)” “ที่ก็ไม่ค่อยรู้หกรอกเวลาใช้เครื่อง defib ให้ติด

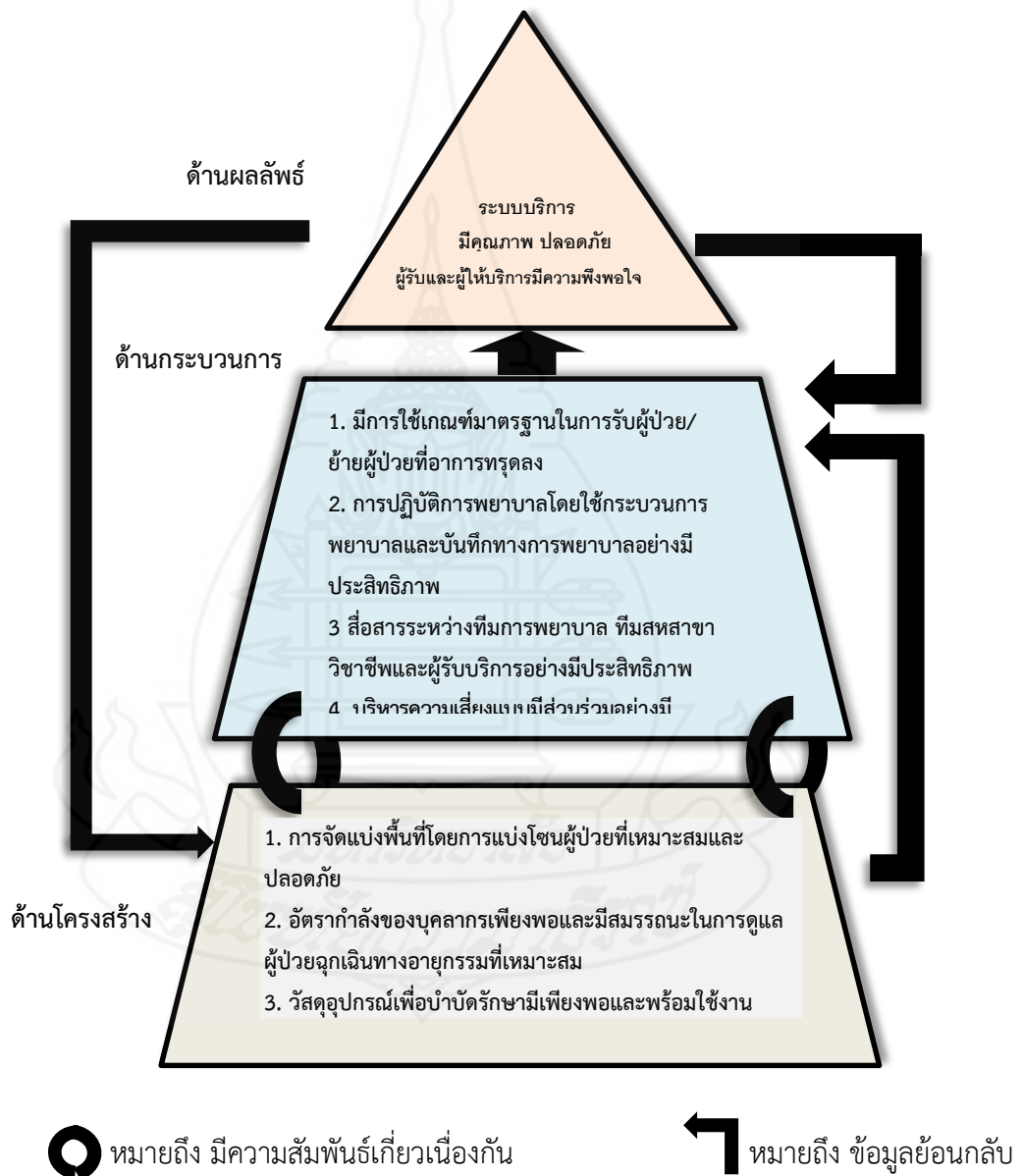
ยังง ี หมุนอะไร..ให้พื่ออยู่ตรงตำแหน่งอื่นดีกว่า...(N5)” “น้อง ๆไม่ค่อยมีระเบียบ ไม่ดูแล เครื่องนี้ต้องชาร์จเมื่อไร...พอเวลาหยิบมาใช้ก็ใช้ไม่ได้...(HN)”

ตอนที่ 2 ร่างระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล ที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการและผู้รับบริการได้ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์และแนวทางการให้บริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ 12 ประเด็น ได้แก่ 1) การจัดแบ่งพื้นที่ให้บริการหน่วยสังเกตอาการไม่เหมาะสม ผู้ป่วยและพยาบาลเสี่ยงต่อการติดเชื้อ 2) ขาดมาตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้ป่วยอื่น ๆ 3) อัตรากำลังไม่สอดคล้องกับภาระงาน ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการบริการพยาบาลและคุณภาพชีวิตของผู้ให้บริการ 4) บุคลากรมีสมรรถนะไม่เพียงพอต่อการให้บริการพยาบาล ส่งผลกระทบต่อคุณภาพบริการพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วย 5) เกณฑ์มาตรฐานการรับผู้ป่วยเข้าหรือการย้ายผู้ป่วยออกของหน่วยสังเกตอาการควรได้รับการพัฒนาร่วมกันระหว่างผู้กำหนดนโยบายและหน่วยงานเกี่ยวข้องให้เหมาะสมกับสมรรถนะและอัตรากำลังของบุคลากร 6) ขาดทักษะการสื่อสารทางการพยาบาลทั้งการพูดและการเขียน ส่งผลให้คุณภาพบริการพยาบาลลดลงและความปลอดภัยของผู้ป่วย 7) ขาดการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้คุณภาพบริการพยาบาลลดลงและความปลอดภัยของผู้ป่วย 8) ขาดองค์ความรู้และการพัฒนาการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการบริการพยาบาล 9) เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายจากการใช้ยา ส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย 10) ขาดแนวปฏิบัติที่ดีในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม 11) ความไม่เพียงพอของอุปกรณ์ที่ใช้การบำบัดรักษา และ 12) บุคลากรบางส่วนขาดความชำนาญในการใช้อุปกรณ์บำบัดรักษา

หลังได้ประเด็นสำคัญทั้งหมดของสถานการณ์และแนวทางการให้บริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ นำประเด็นสำคัญจำนวน 12 ประเด็น มาจัดกลุ่มตามองค์ประกอบระบบบริการพยาบาล 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านโครงสร้าง 2) ด้านกระบวนการ และ 3) ด้านผลลัพธ์ เพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์สร้างระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ที่เหมาะสมกับบริบท ซึ่งอยู่ภายใต้การกำกับของมาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ประกาศสภาการพยาบาลเรื่อง มาตรฐานการพยาบาล พ.ศ.2562, 2562) และมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาลของสำนักการพยาบาล (ฉัตรดี จิรสินธิปก, เพียงใจ เจริญวิวัฒน์กุล, สุวิภา นิตยงกูร, สมจิตต์ วงศ์สุวรรณศิริ, และสารา วงษ์เจริญ, 2551) รวมถึงมุมมองและข้อเสนอแนะจากผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งหมด และนำมาบูรณาการร่วมกับแนวทางการจัดบริการหน่วยสังเกตอาการตามคู่มือแนวทางการจัดบริการห้องฉุกเฉินที่เหมาะสมกับระดับศักยภาพสถานพยาบาล

Part 3 (Guideline ER Service Delivery) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่4 พ.ศ. 2561 (Hospital and Healthcare Standards 4thEdition) และความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข (Patient and Personnel Safety: 2P Safety) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้การบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการมีคุณภาพได้มาตรฐาน ส่งผลต่อความปลอดภัยทั้งผู้รับและผู้ให้บริการ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และเกิดความพึงพอใจในการบริการพยาบาลทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ ได้ระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ดังภาพที่ 4.1



ภาพที่ 4.1 ร่างระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

จากภาพที่ 4.1 สามารถอธิบายระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีที่พัฒนาขึ้น ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1. ด้านโครงสร้าง องค์ประกอบด้านโครงสร้าง (Structure) เป็นการกำหนดคุณลักษณะ แหล่งสนับสนุนต่าง ๆ ภายในหน่วยสังเกตอาการ ซึ่งครอบคลุมปัจจัยนำเข้าและการจัดการปัจจัยนำเข้าให้มีคุณภาพ เพื่อให้พร้อมเข้าสู่กระบวนการทำงาน โดยคำนึงถึงประสิทธิภาพที่จะใช้เพื่อให้บริการบรรลุเป้าหมาย ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อยได้แก่ 1) การจัดแบ่งพื้นที่ (Zone) ผู้ป่วยที่เหมาะสมและปลอดภัย 2) อัตรากำลังของบุคลากรเพียงพอและมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทางอายุรกรรมที่เหมาะสมและ 3) วัสดุอุปกรณ์เพื่อบำบัดรักษามีเพียงพอและพร้อมใช้งาน ดังรายละเอียดตามตารางที่ 4.3 ตารางที่ 4.3 องค์ประกอบด้านโครงสร้างเดิมและเสนอให้พัฒนา

องค์ประกอบย่อย	องค์ประกอบด้านโครงสร้างเดิม	เสนอให้พัฒนาองค์ประกอบด้านโครงสร้าง
1.การจัดแบ่งพื้นที่ (Zone) ผู้ป่วยมีความเหมาะสมและปลอดภัย	1.1 พื้นที่ของหน่วยสังเกตอาการอยู่ในหอผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิก ไม่ได้แยกออกจากหน่วยเดิม เป็นหน่วยอิสระแบบชัดเจน	1.1.1 พื้นที่สำหรับผู้ป่วยหน่วยสังเกตอาการ ควรแยกออกมาจากหอผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิก ให้ชัดเจน อาจใช้การกั้นห้องให้เป็นสัดส่วน 1.1.2 พื้นที่สำหรับผู้ป่วย ขนาดเตียงผู้ป่วย+ตู้เก็บของหัวเตียง ต่อ 1 หน่วยเท่ากับ 7.5 ตารางเมตร การเว้นระยะห่างระหว่างเตียงอย่างน้อย 1.2 เมตร (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2558) เพื่อสามารถนำเปลขึ้นเข้าเทียบเตียงผู้ป่วยได้โดยสะดวก 1.1.3 มีทางเข้าออกหน่วยสังเกตอาการแยกต่างหากโดยไม่ต้องผ่านหอผู้ป่วยจักษุ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2558)
	1.2. ให้บริการเตียงสามัญ 10 เตียง แต่พื้นที่ไม่เพียงพอ ซึ่งมีเตียงล้มไปฝากไว้ในพื้นที่หอผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิก ทำให้ผู้ป่วยบางส่วนอยู่ในฝั่งของผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิก	1.2. ควรปรับลดจำนวนเตียงลงเหลือ 8 เตียง เพื่อให้เหมาะสมกับขนาดพื้นที่ ไม่ให้ผู้ป่วยหน่วยสังเกตอาการไปนอนฝั่งเดียวกับผู้ป่วยตา หู คอ จมูก เพื่อป้องกันการเกิด Cross infection

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

องค์ประกอบย่อย	องค์ประกอบด้านโครงสร้างเดิม	เสนอให้พัฒนาองค์ประกอบด้านโครงสร้าง
	1.3 การจัดโซนพื้นที่ภายในหน่วย สังเกตอาการ	
	1.3.1 ไม่มีการกำหนดพื้นที่ สำหรับผู้ป่วยติดเชื้อที่ชัดเจน	1.3.1 ควรจัดโซนสำหรับผู้ป่วยทั่วไปให้อยู่ฝั่ง เดียวกัน และจัดโซนผู้ป่วยติดเชื้อให้อยู่ด้านใน สุดของตึก สำหรับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการแพร่ กระจายทางอากาศ ในแผนระยะยาวควรทำ ห้องผู้ป่วยแยกโรคเพื่อป้องกันการแพร่กระจาย เชื้อทางอากาศ
	1.3.2 ไม่ได้จัดโซนสำหรับ ผู้ป่วยหญิงและผู้ป่วยชาย	1.3.2 จัดโซนสำหรับผู้ป่วยหญิงและผู้ชายให้นอน คนละฝั่ง แยกห้องน้ำสำหรับผู้ป่วยชายและหญิง โดยติดป้ายสัญลักษณ์ให้ชัดเจน
	1.4 พื้นที่ปฏิบัติงานของพยาบาล อยู่ในบริเวณทางเดินกลางหอ ผู้ป่วย ไม่มีการกั้นเป็นสัดส่วน	1.4 จัดพื้นที่ปฏิบัติงานสำหรับพยาบาล โดยเว้น ระยะห่างออกจากพื้นที่ผู้ป่วย อาจกั้นห้องกระจก เพื่อความปลอดภัยของร่างกายและทรัพย์สินของ บุคลากร และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ พื้นที่ ให้บริการและพื้นที่ปฏิบัติงานของพยาบาล ต้อง คำนึงถึงการไหลเวียนของอากาศ จากบริเวณที่สะอาด ไปยังบริเวณที่มีการปนเปื้อน (จากบุคลากรสู่ผู้ป่วย) ให้ได้อัตราการถ่ายเทอากาศที่เหมาะสม โดยวิธี ธรรมชาติหรือ วิกัล (กองแบบแผน กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2558; กรม ควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

องค์ประกอบย่อย	องค์ประกอบด้านโครงสร้างเดิม	เสนอให้พัฒนาองค์ประกอบด้านโครงสร้าง
2. อัตรากำลังของบุคลากรเพียงพอ และมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทางอายุรกรรมที่เหมาะสม	<p>2.1 อัตรากำลังของหน่วยสังเกตอาการมีพยาบาลวิชาชีพประจำ 1 คน การจัดอัตรากำลังเวรเช้าแบบ Staff mix พยาบาล 1 คน : ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน เวรบ่ายและเวรดึกใช้อัตรากำลังของหอผู้ป่วย จักษุ โสต ศอ นาสิก ซึ่งพยาบาลของหอผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิก จะดูแลผู้ป่วยทั้งสองหน่วยรวม 40 เตียง จัด อัตรากำลังเวรป่วยและเวรดึก พยาบาล 2 คน : ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน</p> <p>2.2 การพัฒนาสมรรถนะของทีมพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ใช้การเรียนรู้หน้า งาน ไม่ได้ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินด้านอายุรกรรม และไม่มีประสบการณ์</p> <p>การดูแลผู้ป่วยอายุรกรรมมาก่อน</p>	<p>2.1 ควรจัดให้มีอัตรากำลังประจำของหน่วยสังเกตอาการแบบเต็มทีม และจัดสรรอัตรากำลังตามภาระงานจริง โดยบริหารอัตรากำลังแบบ Staff mix พยาบาล 1 คน : ผู้ช่วยพยาบาล 1 คน ในทุกเวร (กองการพยาบาล, 2548)</p> <p>2.2.1 พัฒนาสมรรถนะบุคลากร โดยกำหนดสมรรถนะหลัก และทักษะที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยอายุรกรรม เช่น การดูแลผู้ป่วยโรคที่สำคัญของอายุรกรรม การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน ทางด้านอายุรกรรม</p> <p>การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางด้าน อายุรกรรม การช่วยฟื้นคืนชีพ การทำหัตถการที่พบบ่อยในผู้ป่วยอายุรกรรม</p> <p>2.2.2 ผู้บริหารสร้างโอกาสในการเรียนรู้ สนับสนุน และส่งเสริมการสร้างสมรรถนะของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ วางแผนเพื่อส่งบุคลากรอบรมทั้งภายนอกและภายในทุกปี รวมถึงอำนวยความสะดวกเพื่อให้บุคลากรเข้ารับการพัฒนา ควรส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเอง ผ่านช่องทางเทคโนโลยีดิจิทัล และสารสนเทศ</p>

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

องค์ประกอบย่อย	องค์ประกอบด้านโครงสร้างเดิม	เสนอให้พัฒนาองค์ประกอบด้านโครงสร้าง
	2.3 ขาดการสนับสนุนและส่งเสริมของหน่วยงาน และพยาบาลมีภาระงานมาก ทำแต่ งานประจำไม่มีเวลาเข้าร่วมการอบรมทางวิชาการหรือทำงานวิจัยได้	1.2.1 ผู้บริหารสนับสนุน อำนวยความสะดวกแก่บุคลากรให้ทำงานวิจัย เพื่อพัฒนางานประจำ ส่งเสริมพยาบาลเพิ่มทักษะการคิดวิเคราะห์ สามารถคิดเป็นระบบตัดสินใจ และการใช้เหตุและผลในการอ้างอิงได้อย่างถูกต้อง (อรนันท์ หาญยุทธ, 2557) สร้างบรรยากาศในองค์กรให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ พัฒนานวัตกรรมที่ตอบสนองต่อการให้บริการพยาบาล เพื่อช่วยลดภาระงาน
3. วัสดุอุปกรณ์ เพื่อบำบัดรักษามีเพียงพอและพร้อมใช้	3.1 อุปกรณ์เพื่อบำบัดรักษาใช้ร่วมกับหอผู้ป่วย จักชู โสต ศอ นาสิก บางครั้งมีไม่เพียงพอ เช่น Oxygen pipeline / Oxygen regulator 3.2 อุปกรณ์ทางการแพทย์บางชนิดต้องขอยืมจากตึกอื่นบางครั้งไม่พร้อมใช้ ไม่มีผู้รับผิดชอบ เช่น เครื่อง EKG 3.3 บุคลากรบางคนยังใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สำคัญหรือเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน ไม่ชำนาญ เช่น เครื่อง Defibrillator เครื่อง EKG ไม่ชำนาญ	3.1.1 จัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมอย่างเพียงพอ เช่น Oxygen pipeline เครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว Oxygen regulator 3.1.2 จัดทำรายการทะเบียนประวัติ หรือฐานข้อมูลประวัติเครื่องมือแพทย์ 3.2 จัดทำคู่มือการใช้งาน ในกรณีที่ใช้ อุปกรณ์ร่วมกัน ควรกำหนดผู้รับผิดชอบ เรื่องการบำรุงรักษาเครื่องมือแพทย์ให้พร้อมใช้อยู่เสมอ 3.3 นิเทศงานทางการพยาบาลเรื่องการใช้เครื่องมือที่จำเป็นและมีการทบทวนการใช้ อุปกรณ์ที่ใช้ในภาวะฉุกเฉินอย่างสม่ำเสมอ

2. ด้านกระบวนการ องค์ประกอบด้านกระบวนการ (Process) เป็นการกำหนดองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับวิธีการให้บริการทางการแพทย์ลงสู่การปฏิบัติ มุ่งเน้นกิจกรรมต่าง ๆ ที่

ได้มาตรฐาน เพื่อตอบสนองความต้องการ ความคาดหวัง และปัญหาของผู้รับบริการแต่ละบุคคล ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยใช้ความรู้ ทักษะและความสามารถ ใช้กระบวนการพยาบาล การสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการ ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อยได้แก่ 1) มีการใช้เกณฑ์มาตรฐานในการรับผู้ป่วย/ย้ายผู้ป่วยที่อาการทรุดลง 2) ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลและบันทึกทางการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ 3) สื่อสารระหว่างทีมการพยาบาล ทีมสหสาขาวิชาชีพ และผู้รับบริการอย่างมีประสิทธิภาพ และ 4) การบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมอย่างมีประสิทธิภาพ ดังรายละเอียดตามตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 องค์ประกอบด้านกระบวนการเดิมและเสนอให้พัฒนา

องค์ประกอบย่อย	องค์ประกอบด้านโครงสร้างเดิม	เสนอให้พัฒนาองค์ประกอบด้านกระบวนการ
1. มีการใช้เกณฑ์มาตรฐานในการรับผู้ป่วย/ย้ายผู้ป่วยที่อาการทรุดลง	1.1 หน่วยงานหรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ขาดความเข้าใจเกี่ยวกับเกณฑ์การรับ และ การย้ายผู้ป่วยหน่วยสังเกตอาการ ขาดการสื่อสารให้หน่วยงานหรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้ทราบทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานการรับผู้ป่วย และไม่สามารถย้ายผู้ป่วย เมื่อมีอาการทรุดลงได้ในเวลาที่เหมาะสม	1.1.1 กำหนดเกณฑ์มาตรฐานการรับผู้ป่วย และย้ายผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงของหน่วยสังเกตอาการที่เหมาะสมกับบริบท โดยให้หน่วยงานหรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้ร่วมพิจารณา ประกาศนโยบายเรื่องเกณฑ์การรับผู้ป่วยและย้ายผู้ป่วย ที่มีอาการทรุดลงของหน่วยสังเกตอาการที่ชัดเจนและให้ทั่วถึง ให้ทราบทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ 1.1.2 มีการทบทวนการปฏิบัติงานตามเกณฑ์รับผู้ป่วย/ย้ายผู้ป่วยเมื่อมีอุบัติการณ์หรือปัญหาเกิดขึ้นเพื่อให้เกิดการทำงานที่มีประสิทธิภาพ และเกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วย

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

องค์ประกอบย่อย	องค์ประกอบด้านโครงสร้างเดิม	เสนอให้พัฒนาองค์ประกอบด้านกระบวนการ
	<p>1.2 การรับใหม่ผู้ป่วยและรับย้ายผู้ป่วยเข้าหน่วยสังเกตอาการใช้เกณฑ์การรับผู้ป่วยประเภทที่มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 1 และระดับ 2 ตามเกณฑ์การแบ่งประเภทของผู้ป่วยของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คือ ประเภทที่ 1 ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ (Selfcare) ระดับคะแนนไม่เกิน 8 และประเภทที่ 2 ผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลาง (Minimum care) ระดับคะแนน 9-14</p> <p>1.3 การย้ายผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลง ไม่มีการระบุเกณฑ์ที่ชัดเจน แต่ใช้การประเมินอาการผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นเกินผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 2 ตามเกณฑ์ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี</p>	<p>1.2 นำ PCK MEWs Score (Prachomkiao Modified Early Warning Score) มาใช้ประเมินอาการของผู้ป่วยผู้ป่วยหน่วยสังเกตอาการควรมีคะแนน PCK MEWs Score ไม่เกิน 3 คะแนน ร่วมกับการใช้เกณฑ์การแบ่งประเภทผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 1 และระดับ 2 เพื่อให้การประเมินอาการของผู้ป่วยมีความชัดเจนยิ่งขึ้น และเป็นไปแนวเดียวกัน</p> <p>1.3 นำ PCK MEWs Score มาใช้ประเมินอาการของผู้ป่วย หากมีคะแนน PCK MEWs Score เกิน 4 ควรได้รับการเฝ้าระวังและพิจารณาการย้ายผู้ป่วยไปยังหน่วยงานที่เหมาะสม</p>
2. ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลและบันทึกทางการพยาบาลมีประสิทธิภาพ	2.1 ขาดองค์ความรู้และนำความรู้ที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในกระบวนการพยาบาลให้มีคุณภาพ	2.1.1 นำความรู้เรื่อง MEWs Score ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีซึ่งเป็นเหมือนระบบที่ช่วยพยาบาลในการเฝ้าระวัง (Monitoring) รู้ลักษณะอาการที่เป็นอันตราย (Recognition) การหาความช่วยเหลือ (Call for help) และการตอบสนองต่อการขอความช่วยเหลืออื่น ๆ (Response) เป็นระบบสัญญาณเตือนตัวประเมินอาการที่ดีในภาวะเจ็บป่วยวิกฤต

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

องค์ประกอบย่อย	องค์ประกอบด้านโครงสร้างเดิม	เสนอให้พัฒนาองค์ประกอบด้านกระบวนการ
	22 การบันทึกทางการแพทย์ใช้แบบ focus charting การเขียนปัญหาไม่เป็น ปัจจุบันไม่ครอบคลุมและขาดความชัดเจนของข้อมูล	เพื่อวางแผนการพยาบาล (กรรณิกา ศิริแสน, 2558) 22 พัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์รายโรคอายุรกรรม ที่สำคัญ โรคซึ่งนำโรคที่มีความเสี่ยงสูง เพื่อเป็นแนวทางกรบันทึกทางการแพทย์ที่เหมาะสม รวมถึงการจัดทำคู่มือเกณฑ์การบันทึกทางการแพทย์ให้ทันสมัย และเหมาะสมกับสถานการณ์ ฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ บันทึกทางการแพทย์แบบ Focus charting หรือการเรียนรู้ทำงานอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้มองเห็นความก้าวหน้าของผู้ป่วย แก้ปัญหาทางวิชาชีพอย่างมีขั้นตอนวิเคราะห์ และตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลสถานการณ์และหลักการ ซึ่งจะนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม (อรทัย ห้าทฤษฎ, ภูษิตา อนิทรประสงค์, และจุฑาธิป ศีลบุตร, 2559)
	2.3 การนิเทศบันทึกการพยาบาลไม่สม่ำเสมอ ไม่มีผู้รับผิดชอบโดยตรง	2.3 หัวหน้างานควรเพิ่มบทบาทการนิเทศทางการพยาบาล และประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ ช่วยให้การบันทึกทางการแพทย์แบบ Focus charting มีความสมบูรณ์มากขึ้น (พจนีย์ ธีระกุล และ กัญญดา ประจุศิลป์, 2558)
3 สื่อสารระหว่างทีมการพยาบาล ทีมสหสาขาวิชาชีพ และผู้รับบริการ อย่างมีประสิทธิภาพ	3.1 การรับเวรส่งเวร การให้ข้อมูลไม่ชัดเจน ขาดรายละเอียด ไม่ครอบคลุมในเรื่องที่สื่อสาร และใช้ระยะเวลานานในการส่งเวร ความรู้ของบุคลากรในเรื่องที่ต้องการสื่อสาร มีไม่เพียงพอ รวมถึงการสื่อสารระหว่างแพทย์และพยาบาล เช่น การรายงานอาการ ยังไม่ชัดเจนไม่ครอบคลุมในเรื่องที่สื่อสาร	3.1 ส่งเสริมการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับพยาบาล และระหว่างพยาบาลกับแพทย์ โดยประยุกต์การนำ ISBAR ซึ่งได้รับการยอมรับว่า เป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการสื่อสารของผู้ให้บริการด้านสุขภาพ (Mashall, Harrison, & Flanagan, 2009; Finnigan et al., 2010)

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

องค์ประกอบย่อย	องค์ประกอบด้านโครงสร้างเดิม	เสนอให้พัฒนาองค์ประกอบด้านกระบวนการ
	<p>3.2 การสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติที่ไม่มีประสิทธิภาพ เช่น พยาบาลให้ข้อมูลไม่ชัดเจน มีความหมายคลุมเครือ ให้ข้อมูลแบบทั่วไป ไม่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน ขาดการทบทวนข้อมูลย้อนกลับ เมื่อยุติการสื่อสารไม่ได้สรุปประเด็นให้ตรงกันกับผู้ป่วยหรือญาติที่พยาบาลสื่อสารด้วย</p> <p>3.3 ปัญหาพฤติกรรมบริการและการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ และการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ</p>	<p>โดยจัดโครงการให้ความรู้และอบรมเชิงปฏิบัติการ ฝึกทักษะการให้ข้อมูลข่าวสารที่ชัดเจน และประเมินความสามารถในการนำ ISBAR ไปใช้ กำหนดกรอบการสนทนาให้ได้นำไปใช้การปฏิบัติงานจริง เช่น การรับเวรส่งเวร การรายงานอาการของผู้ป่วย เพื่อเพิ่มความปลอดภัยในการแลกเปลี่ยนข้อมูลสำคัญในระหว่างการดูแลผู้ป่วยกับทีมสหสาขาวิชาชีพ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์การมหาชน, 2561ก; วรรณิกา ธนไพโรจน์, 2560; เดชชัย โพธิ์กลิ่น, 2559)</p> <p>3.2 พัฒนาทักษะการให้ข้อมูลข่าวสารที่ชัดเจน เช่น โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการฝึกทักษะการให้ข้อมูลข่าวสารที่ชัดเจน และทักษะการฟัง ซึ่งเป็นทักษะที่สัมพันธ์กับการสื่อสารมากที่สุด การฟังที่ให้ความสนใจต่อเนื้อหาด้านอารมณ์ ความรู้สึก สามารถมองและเข้าใจจิตใจ ความต้องการของผู้ป่วย) หรือบุคคลในครอบครัว การให้ความใส่ใจกับการให้คำแนะนำที่ถูกต้องและเหมาะสม จะเป็นการช่วยลดการเสี่ยงจากความไม่พึงพอใจในระบบบริการสุขภาพลงได้ (O' Shea, 1988)</p> <p>3.3.1 พัฒนาพฤติกรรมบริการอย่างมีมนุษยธรรมกับผู้รับบริการ เช่น โครงการ พัฒนาพฤติกรรมบริการ การควบคุมอารมณ์การแสดงกิริยา ท่าทาง แสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม การแสดงการให้เกียรติแก่ผู้รับบริการ มีความกระตือรือร้นให้ความช่วยเหลือผู้รับบริการการอธิบายทางเลือกการรักษา การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การรับฟัง การอยู่</p>

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

องค์ประกอบย่อย	องค์ประกอบด้านโครงสร้างเดิม	เสนอให้พัฒนาองค์ประกอบด้านกระบวนการ
4. บริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมอย่างมีประสิทธิภาพ	4.1 มีกระบวนการบริหารความเสี่ยง การบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน แต่ยังคงขาดการมีส่วนร่วมของทีม ทำให้ไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยแต่ยังไม่มีประสิทธิภาพเกิดอุบัติเหตุทางคลินิกเกิดความไม่ปลอดภัยกับผู้ป่วย	<p>เป็นเพื่อนและให้กำลังใจ เน้นการตอบสนองปัญหาความต้องการและเหตุการณ์ที่เป็นปัจจุบันของผู้ป่วย (ัชชฎา บุญยะอภิชาติ, 2552) เพื่อให้เกิดคุณภาพบริการพยาบาล</p> <p>332 ให้การปฏิบัติกรพยาบาลด้วยจริยธรรมจรรยาบรรณวิชาชีพ และคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย โดยผู้บริหารประพฤติและปฏิบัติเป็นตัวอย่างที่ดี และควรมีการสอดแทรกการสอนเรื่องจริยธรรมในวิชาการพยาบาลต่าง ๆ รวมถึงการสอดแทรกเรื่องจริยธรรมจรรยาบรรณวิชาชีพในการประชุมประจำของหน่วยอย่างสม่ำเสมอ</p>
	4.2 มีแนวทางการบริหารยาแต่บุคลากรไม่เคร่งครัดต่อการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยาของโรงพยาบาล	<p>4.1 ส่งเสริมพยาบาลมีบทบาทในกระบวนการบริหารความเสี่ยง ได้แก่ การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยงโดยการควบคุม ลด ป้องกัน หลีกเลี่ยง แก้ไขความเสี่ยงที่ได้ประเมินมาแล้ว และประเมินผล การจัดการความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง (ผ่องพรรณ จันทนสมบัติ, นันธิดา พันธุศาสตร์, และแสงวี มณีศรี, 2555) โดยให้ทีมมีส่วนร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมรับผิดชอบ ร่วมกำกับติดตามประเมินผลงานของทีมอย่างต่อเนื่อง จะนำไปสู่การตัดสินใจอย่างมีคุณค่า (วิมลพร ไสยวรรณ, 2545) และเกิดเป็นวัฒนธรรมองค์กร</p> <p>4.2 ปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยาของโรงพยาบาลพะจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรีอย่างเคร่งครัดได้แก่</p> <p>1) ลดการคัดลอก 2) ตรวจสอบซ้ำทุกขั้นตอน 3) ขั้นตอนการบริหารยาพยาบาลโดยใช้หลัก 10Rs 4) ให้คำแนะนำให้ความรู้เตือนแก่ผู้ป่วยก่อนและหลังให้ยาจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการได้รับยาและมีโอกาสให้ผู้รับบริการได้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับยา</p>

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

องค์ประกอบย่อย	องค์ประกอบด้านโครงสร้างเดิม	เสนอให้พัฒนาองค์ประกอบด้านกระบวนการ
	<p>4.3 ขาดมาตรการป้องกันการพลัดตกหกล้ม แนวทางการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตก หกล้ม ไม่ชัดเจนพยาบาล ไม่มีการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตก หกล้มอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>5) ปฏิบัติตามแนวทางการตามยาเดิม และพยาบาลควรให้ความสำคัญเกี่ยวกับซ้กประวัติ และ</p> <p>6) หัวหน้างานนิเทศทางการพยาบาลด้านการบริหารยาอย่างสม่ำเสมอ เมื่อมีอุบัติเหตุกรณีควรนำมาค้นหาสาเหตุและจัดการระบบยาเพื่อให้เกิดความปลอดภัยมากขึ้น</p> <p>4.3. ทบทวนปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตก หกล้ม ให้เป็น มาตรฐานและเป็นปัจจุบัน โดยอาจนำหลักฐานเชิงประจักษ์ หรือแนวทางการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตก หกล้ม เช่น Morse Fall Risk Assessment หรือ Hendrich Fall Risk Assessment มาใช้ประเมินผู้ป่วยเมื่อแรกรับ</p> <ul style="list-style-type: none"> - พยาบาลประเมินปัจจัยและประวัติเกี่ยวกับการบาดเจ็บจากการพลัดตก หกล้ม ตั้งแต่แรกรับเข้ารับรักษา - พยาบาลสื่อสารและระบุผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสื่อสารให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบว่าผู้ป่วยรายใดมีความเสี่ยงพลัดตกหกล้มในทุกร - กำหนดมาตรฐานแนวปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตก หกล้ม เช่น กำหนดการเยี่ยมตรวจของพยาบาล (ทุกชั่วโมงหรือ 2 ชั่วโมง) ทบทวนและปรับยาที่อาจทำให้ผู้ป่วยพลัดตกหกล้มได้ง่าย - ให้ความรู้กับบุคลากรเพื่อสร้างความตระหนักในการป้องกันความเสี่ยง การใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยง การประเมินความต้องการเฉพาะ และการจัดสิ่งแวดล้อม - ให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติ ตั้งแต่แรกรับ และตลอดระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล และแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติของผู้ป่วย และญาติเพื่อช่วยป้องกันการพลัดตก หกล้ม

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

องค์ประกอบย่อย	องค์ประกอบด้านโครงสร้างเดิม	เสนอให้พัฒนาองค์ประกอบด้านกระบวนการ
	4.4 มีมาตรฐานปฏิบัติงานป้องกันการติดเชื้อ แต่ไม่ถูกปฏิบัติจริง บุคลากรบางคนยังไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อของโรงพยาบาล ผู้ปฏิบัติงานบางคนยังไม่ตระหนักถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยและญาติ	<p>4.4.1 เครื่องคัดบุคคลากรปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อขั้นพื้นฐาน standard precautions บุคลากรทุกคน ล้างมือถูกต้องตามหลักการ ก่อนและหลังให้การดูแลผู้ป่วยทุกครั้งล้างมือ 7ขั้นตอน 5movement และขณะปฏิบัติการดูแลรักษาพยาบาลใส่ mask</p> <p>4.4.2 เครื่องคัดต่อปฏิบัติตามมาตรการเพื่อจัดการและควบคุมสำหรับการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มเชื้อดื้อยาของหน่วยป้องกันการติดเชื้อของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีกับบุคลากรทุกระดับ กำหนดเกณฑ์เรื่องการย้ายผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาจากอายุรกรรมมาหน่วยสังเกตอาการเพื่อใช้เป็นแนวปฏิบัติงาน</p> <p>4.4.3 จัดให้มีเครื่องป้องกันร่างกาย ส่วนบุคคล (Protective personal equipment) สำหรับบุคลากรตามประเภทกิจกรรม</p> <p>4.4.4 จัดฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เช่น การใช้เครื่องป้องกันร่างกายส่วนบุคคล แนวทางการป้องกันการติดเชื้อขั้นพื้นฐานตั้งแต่เริ่มเข้าปฏิบัติงาน</p> <p>4.4.5 นิเทศทางการพยาบาล และทบทวนประจำปีในระหว่างปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ และให้ความสำคัญกับการรายงานอุบัติการณ์ ความเสี่ยง</p>

3. ด้านผลลัพธ์ องค์ประกอบคุณภาพด้านผลลัพธ์ (Outcome) เป็นการกำหนดองค์ประกอบที่สะท้อนผลลัพธ์ที่เกิดจากกิจกรรมการพยาบาล เป็นการวัดผลของผู้ให้บริการ

ผู้รับบริการปลอดภัยจากอันตรายต่าง ๆ รายงานในรูปการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ เช่น อุบัติการณ์ทางคลินิกที่พบ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงคุณภาพการบริการพยาบาลและความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วย สามารถนำข้อมูลดังกล่าว กลับมาทบทวนระบบการทำงานและปรับปรุงคุณภาพบริการพยาบาลให้ได้มาตรฐาน ประกอบด้วย 1) ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร 2) คุณภาพบริการ โดยใช้เกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล 3) ความพึงพอใจของผู้ให้และผู้รับบริการ ดังรายละเอียดตามตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 องค์ประกอบด้านผลลัพธ์เดิมและเสนอให้พัฒนา

องค์ประกอบย่อย	องค์ประกอบด้านโครงสร้างเดิม	เสนอให้พัฒนาองค์ประกอบด้านผลลัพธ์
1. ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร (2P Safety)	1.1 ด้านความปลอดภัยการให้บริการทางการแพทย์ที่ผ่านในหน่วยสังเกตอาการพบว่า มี อุบัติการณ์ เช่น, อุบัติการณ์ทางยา, การลัดตกหล่น	1.1 ผู้รับบริการมีความปลอดภัยใช้เกณฑ์ตัวชี้วัดและระบุในนโยบายเพื่อการติดตาม - อุบัติการณ์การแพ้ยา = 0 - จำนวนอุบัติเหตุความผิดพลาดการบริหรยา = 0 - จำนวนอุบัติเหตุการระบุตัวผู้ป่วยผิด = 0 - จำนวนอุบัติเหตุการลัดตกหล่น = 0 - จำนวนอุบัติเหตุความผิดพลาดในการให้เลือดและ/หรืออุบัติเหตุส่วนประกอบของเลือด = 0 - อัตราการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยที่นอนรักษาในโรงพยาบาล - อัตราการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะจากการ catheterize สวมใส่สภาวะ
	1.2 ด้านความปลอดภัยของบุคลากร พบอุบัติเหตุ บุคลากร ติดเชื้อไวรัสโรค	1.2 บุคลากรมีความปลอดภัย - จำนวนอุบัติเหตุบุคลากรสุขภาพทุกระดับติดเชื้อไวรัสโรค = 0
2. คุณภาพบริการ	2.1 พบอุบัติเหตุ เช่น การ admit ผิดแผนก, วินิจฉัยล่าช้า	2.1 คุณภาพบริการ โดยใช้เกณฑ์ตัวชี้วัดเพื่อติดตามคุณภาพการพยาบาล ได้แก่ - จำนวนอุบัติเหตุทางคลินิก - อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล - อัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

องค์ประกอบย่อย	องค์ประกอบด้านโครงสร้างเดิม	เสนอให้พัฒนาองค์ประกอบด้านผลลัพธ์
		<ul style="list-style-type: none"> - ระยะเวลาอนเฉลี่ยของผู้ป่วย - อัตราการตาย - จำนวนอุบัติเหตุ Unplan ICU - จำนวนอุบัติเหตุ CPR - จำนวนอุบัติเหตุการตายอย่างไม่คาดคิด
	2.2 สมรรถนะของพยาบาลการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินด้านอายุรกรรมไม่เพียงพอ	<p>2.2 พยาบาลมีสมรรถนะการดูแลผู้ป่วย อายุรกรรม ทั้งด้านความรู้ และทักษะเฉพาะด้านอายุรกรรม การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินด้านอายุรกรรมโดยใช้เกณฑ์ตัวชี้วัด</p> <ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละของบุคลากรทางการแพทย์ ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการพยาบาลทางด้านอายุรกรรม อย่างน้อย 10 วัน/คนปี - ร้อยละของบุคลากรทางการแพทย์ ได้รับการอบรมฟื้นฟูทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน อย่างน้อย 1 ครั้ง/คนปี
3. ความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ	3.1 บุคลากรมีวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยอายุรกรรม และผู้รับบริการไม่พึงพอใจในพฤติกรรมบริการและความไม่มั่นใจต่อการบริการ	<p>3.1 ตัวชี้วัดความพึงพอใจเพิ่มขึ้น ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ร้อยละความพึงพอใจต่อการบริการของผู้รับบริการ $\geq 85\%$ 2) จำนวนข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ 3) ร้อยละความพึงพอใจในงานของบุคลากร $\geq 85\%$

ตอนที่ 3 ความเหมาะสมของระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการที่พัฒนาขึ้น

นำร่างระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ ประเมินความเหมาะสมโดยใช้เครื่องมือชุดที่ 4 คือ แบบประเมินความเหมาะสมระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ได้รับการประเมินความเหมาะสมโดยตัวแทนจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ ผู้รับบริการ

ผู้ปฏิบัติงาน และผู้บริหาร รวมจำนวน 3 ท่าน และผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน รวมทั้งหมด 7 คน ข้อ
คำถามที่ใช้ประเมินครอบคลุม 6 มิติ ประยุกต์มาจากเครื่องมือ การประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติ
สำหรับการวิจัยและการประเมินผล จากแนวคิด AGREE II (Appraisal of Guideline for Research
& Evaluation II: AGREE II) ฉบับภาษาไทย 2556 (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์
, 2556) จำนวน 6 ข้อ ผลการประเมินความเหมาะสมของระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ
โรงพยาบาล มีรายละเอียดดังนี้



ตารางที่ 4.6 คะแนนประเมินความเหมาะสมของระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
จำแนกตามความคิดเห็นผู้ประเมิน

การประเมินความเหมาะสม	คะแนน							คะแนนรวม
	กลุ่มผู้รับบริการและผู้ให้บริการ				ผู้ทรงคุณวุฒิ			
	ผู้รับ บริการ	หัวหน้า หอผู้ป่วย	ผู้ ปฏิบัติงาน	หัวหน้างาน อุบัติเหตุ ฉุกเฉิน	รอง ฝ่ายการ แพทย์	เลขาธิการ พัฒนา คุณภาพ	ผู้ทรงคุณวุฒิ ทางการ ศึกษา	
1. ด้านวัตถุประสงค์	5	7	7	6	7	6	6	44
2. ด้านขอบเขต	5	6	6	6	5	7	6	41
3. ด้านการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	6	6	7	5	7	7	6	44
4. ด้านความเป็นอิสระ	6	7	7	7	7	6	6	46
5. ด้านความเข้มงวดของการขั้นตอนการจัดทำ	6	7	7	6	7	7	6	46
6. ด้านความชัดเจนในการนำเสนอและการนำไปใช้	6	6	7	6	6	7	6	44
คะแนนรวม	34	39	41	36	39	40	36	265
คะแนนเฉลี่ยโดยรวม	5.67	6.50	6.83	6.00	6.50	6.67	6.00	44.17

จากตารางที่ 4.6 นำผลคะแนนการประเมินของผู้ทรงวุฒิทั้ง 7 ท่าน มาคำนวณหาค่าระดับคะแนนความเหมาะสมใช้วิธีดังนี้

$$\text{ระดับคะแนนความเหมาะสมมิติ} \quad \text{คือ} \quad \frac{(\text{คะแนนที่ได้} - \text{คะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้}) \times 100}{(\text{คะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้} - \text{คะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้})}$$

คะแนนสูงสุดที่จะเป็นไปได้ = 7 (เห็นด้วยอย่างมาก) \times จำนวนคำถามทั้งหมด \times จำนวนผู้ประเมิน

คะแนนต่ำสุดที่จะเป็นไปได้ = 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างมาก) \times จำนวนคำถามทั้งหมด \times จำนวนผู้ประเมิน

มิติที่ 1 ด้านวัตถุประสงค์

$$\text{ค่าคะแนนรวมสูงสุดที่สามารถเป็นไปได้} = 7 (\text{คะแนน}) \times 1 \text{ ข้อ} \times 7 (\text{ผู้ประเมิน}) = 49$$

$$\text{ค่าคะแนนรวมต่ำสุดที่สามารถเป็นไปได้} = 1 (\text{คะแนน}) \times 1 \text{ ข้อ} \times 7 (\text{ผู้ประเมิน}) = 7$$

$$\text{ค่าคะแนนที่ได้จริงในมิติที่ 1} = 44$$

$$\text{ระดับคะแนนความเหมาะสมมิติที่ 1 คือ} \quad \frac{(\text{คะแนนที่ได้} - 7) \times 100}{(49 - 7)} = \frac{(44 - 7) \times 100}{(49 - 7)} =$$

88.10%

มิติที่ 2 ด้านขอบเขต

$$\text{ค่าคะแนนรวมสูงสุดที่สามารถเป็นไปได้} = 7 (\text{คะแนน}) \times 1 \text{ ข้อ} \times 7 (\text{ผู้ประเมิน}) = 49$$

$$\text{ค่าคะแนนรวมต่ำสุดที่สามารถเป็นไปได้} = 1 (\text{คะแนน}) \times 1 \text{ ข้อ} \times 7 (\text{ผู้ประเมิน}) = 7$$

$$\text{ค่าคะแนนที่ได้จริงในมิติที่ 2} = 41$$

$$\text{ระดับคะแนนความเหมาะสมมิติที่ 2 คือ} \quad \frac{(\text{คะแนนที่ได้} - 7) \times 100}{(49 - 7)} = \frac{(41 - 7) \times 100}{(49 - 7)} = 80.95\%$$

มิติที่ 3 ด้านการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

$$\text{ค่าคะแนนรวมสูงสุดที่สามารถเป็นไปได้} = 7 (\text{คะแนน}) \times 1 \text{ ข้อ} \times 7 (\text{ผู้ประเมิน}) = 49$$

$$\text{ค่าคะแนนรวมต่ำสุดที่สามารถเป็นไปได้} = 1 (\text{คะแนน}) \times 1 \text{ ข้อ} \times 7 (\text{ผู้ประเมิน}) = 7$$

$$\text{ค่าคะแนนที่ได้จริงในมิติที่ 3} = 44$$

$$\text{ระดับคะแนนความเหมาะสมมิติที่ 3 คือ} \quad \frac{(\text{คะแนนที่ได้} - 7) \times 100}{(49 - 7)} = \frac{(44 - 7) \times 100}{(49 - 7)} =$$

88.10%

มิติที่ 4 ด้านความเป็นอิสระ

$$\text{ค่าคะแนนรวมสูงสุดที่สามารถเป็นไปได้} = 7 (\text{คะแนน}) \times 1 \text{ ข้อ} \times 7 (\text{ผู้ประเมิน}) = 49$$

$$\text{ค่าคะแนนรวมต่ำสุดที่สามารถเป็นไปได้} = 1 (\text{คะแนน}) \times 1 \text{ ข้อ} \times 7 (\text{ผู้ประเมิน}) = 7$$

$$\text{ค่าคะแนนที่ได้จริงในมิติที่ 4} = 46$$

$$\text{ระดับคะแนนความเหมาะสมมิติที่ 4 คือ } \frac{(\text{คะแนนที่ได้} - 7) \times 100}{(49-7)} = \frac{(46-7) \times 100}{(49-7)} =$$

92.86 %

มิติที่ 5 ด้านความเข้มงวดของการขั้นตอนการจัดทำ

$$\text{ค่าคะแนนรวมสูงสุดที่สามารถเป็นไปได้} = 7 (\text{คะแนน}) \times 1 \text{ ข้อ} \times 7 (\text{ผู้ประเมิน}) = 49$$

$$\text{ค่าคะแนนรวมต่ำสุดที่สามารถเป็นไปได้} = 1 (\text{คะแนน}) \times 1 \text{ ข้อ} \times 7 (\text{ผู้ประเมิน}) = 7$$

$$\text{ค่าคะแนนที่ได้จริงในมิติที่ 5} = 46$$

$$\text{ระดับคะแนนความเหมาะสมมิติที่ 5 คือ } \frac{(\text{คะแนนที่ได้} - 7) \times 100}{(49-7)} = \frac{(46-7) \times 100}{(49-7)} =$$

92.86 %

มิติที่ 6 ด้านความชัดเจนในการนำเสนอและการนำไปใช้

$$\text{ค่าคะแนนรวมสูงสุดที่สามารถเป็นไปได้} = 7 (\text{คะแนน}) \times 1 \text{ ข้อ} \times 7 (\text{ผู้ประเมิน}) = 49$$

$$\text{ค่าคะแนนรวมต่ำสุดที่สามารถเป็นไปได้} = 1 (\text{คะแนน}) \times 1 \text{ ข้อ} \times 7 (\text{ผู้ประเมิน}) = 7$$

$$\text{ค่าคะแนนที่ได้จริงในมิติที่ 6} = 44$$

$$\text{ระดับคะแนนความเหมาะสมมิติที่ 6 คือ } \frac{(\text{คะแนนที่ได้} - 7) \times 100}{(49-7)} = \frac{(44-7) \times 100}{(49-7)} =$$

88.10%

สรุปผลการประเมินความเหมาะสมโดยภาพรวมทั้ง 6 มิติ

$$\text{ค่าคะแนนรวมสูงสุดที่สามารถเป็นไปได้} = 7 (\text{คะแนน}) \times 6 \text{ ข้อ} \times 7 (\text{ผู้ประเมิน}) = 294$$

$$\text{ค่าคะแนนรวมต่ำสุดที่สามารถเป็นไปได้} = 1 (\text{คะแนน}) \times 6 \text{ ข้อ} \times 7 (\text{ผู้ประเมิน}) = 42$$

$$\text{ค่าคะแนนที่ได้จริงรวมทั้ง 6 มิติ} = 265$$

$$\text{ระดับคะแนนความเหมาะสมโดยภาพรวมทั้ง 6 มิติ} = \frac{(\text{คะแนนรวมที่ได้} - 42)}{(294 - 42)} \times 100$$

$$= \frac{(265 - 42)}{(294 - 42)} = 88.49 \%$$

สรุปผลการประเมินความเหมาะสมของระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ
โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีแต่ละมิติ มีดังนี้ มิติที่ 1 ด้านวัตถุประสงค์ ร้อยละ 88.10
มิติที่ 2 ด้านขอบเขต ร้อยละ 80.95 มิติที่ 3 ด้านการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ร้อยละ 88.10
มิติที่ 4 ด้านความเป็นอิสระของผู้มีส่วนร่วม ร้อยละ 92.86 มิติที่ 5 ด้านความเข้มงวดของขั้นตอนการ
จัดทำ ร้อยละ 92.86 มิติที่ 6 ด้านความชัดเจนในการนำเสนอและการนำไปใช้ ร้อยละ 88.10 และผล
การประเมินคะแนนความเหมาะสมโดยรวมทั้ง 6 มิติ ร้อยละ 88.49 ดังรายละเอียดในตาราง 4.7

ตารางที่ 4.7 คะแนนความเหมาะสมของระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีแสดงค่าเป็นร้อยละของคะแนน
 จำแนกแต่ละมิติและประเมินโดยรวมทั้ง 6 มิติ

การประเมิน ความเหมาะสม	คะแนน (ร้อยละ)							คะแนน โดยรวม (ร้อยละ)
	กลุ่มผู้รับบริการและผู้ให้บริการ				กลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิ			
	ผู้รับ บริการ	หัวหน้าหอ ผู้ป่วย	ผู้ปฏิบัติ งาน	หัวหน้า งานฉุกเฉิน	รองฝ่าย การแพทย์	เลขาธิการ พัฒนา คุณภาพ	ผู้ทรง คุณวุฒิทาง การศึกษา	
1 ด้านวัตถุประสงค์	66.66	100	100	83.33	100	83.33	83.33	88.10
2 ด้านขอบเขต	66.66	83.33	83.33	83.33	66.66	100	83.33	80.95
3 ด้านการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย	83.33	83.33	100	66.66	100	100	83.33	88.10
4 ด้านความเป็นอิสระ	83.33	100	100	100	100	83.33	83.33	92.86
5 ด้านความเข้มงวดของการ ขั้นตอนการจัดทำ	83.33	100	100	83.33	100	100	83.33	92.86
6 ด้านความชัดเจนในการนำเสนอ และการนำไปใช้	83.33	83.33	100	83.33	83.33	100	83.33	88.10
ประเมินโดยรวม	77.78	91.67	97.22	83.33	91.76	94.44	83.33	88.49

จากตารางที่ 4.7 ผลการประเมินความเหมาะสมของระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ผู้ประเมินส่วนใหญ่ประเมินมิติที่ 4 ด้านความเป็นอิสระ ผู้ให้ข้อมูลหลักทุกกลุ่มสนใจและไม่มีการชี้แจงในการให้ข้อมูลที่เป็นจริง และมีมิติที่ 5 ด้านความเข้มงวดของการขั้นตอนการจัดทำมีการประยุกต์ใช้แนวคิด/ทฤษฎี งานวิจัย มาตรฐานวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง และข้อมูลที่ได้จากผู้ให้บริการและผู้รับบริการมาสนับสนุนการสร้างระบบบริการพยาบาล มีความเหมาะสมมากที่สุดเท่ากับ 92.86% และประเมินมิติที่ 2 ด้านขอบเขต องค์ประกอบระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการที่พัฒนาขึ้นครอบคลุม การจัดการองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการมีความเหมาะสมน้อยที่สุด เท่ากับ 80.95 % และมีคะแนนประเมินความเหมาะสมโดยรวมทั้ง 6 มิติ ร้อยละ 88.49 ซึ่งมีค่ามากกว่าร้อยละ 70 สามารถสรุปได้ว่า ร่างระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการนั้นสามารถเป็นที่ยอมรับและนำไปใช้ได้ (ศากุล ช่างไม้, 2549; Waltz, Strickland & Lenz, 2017)

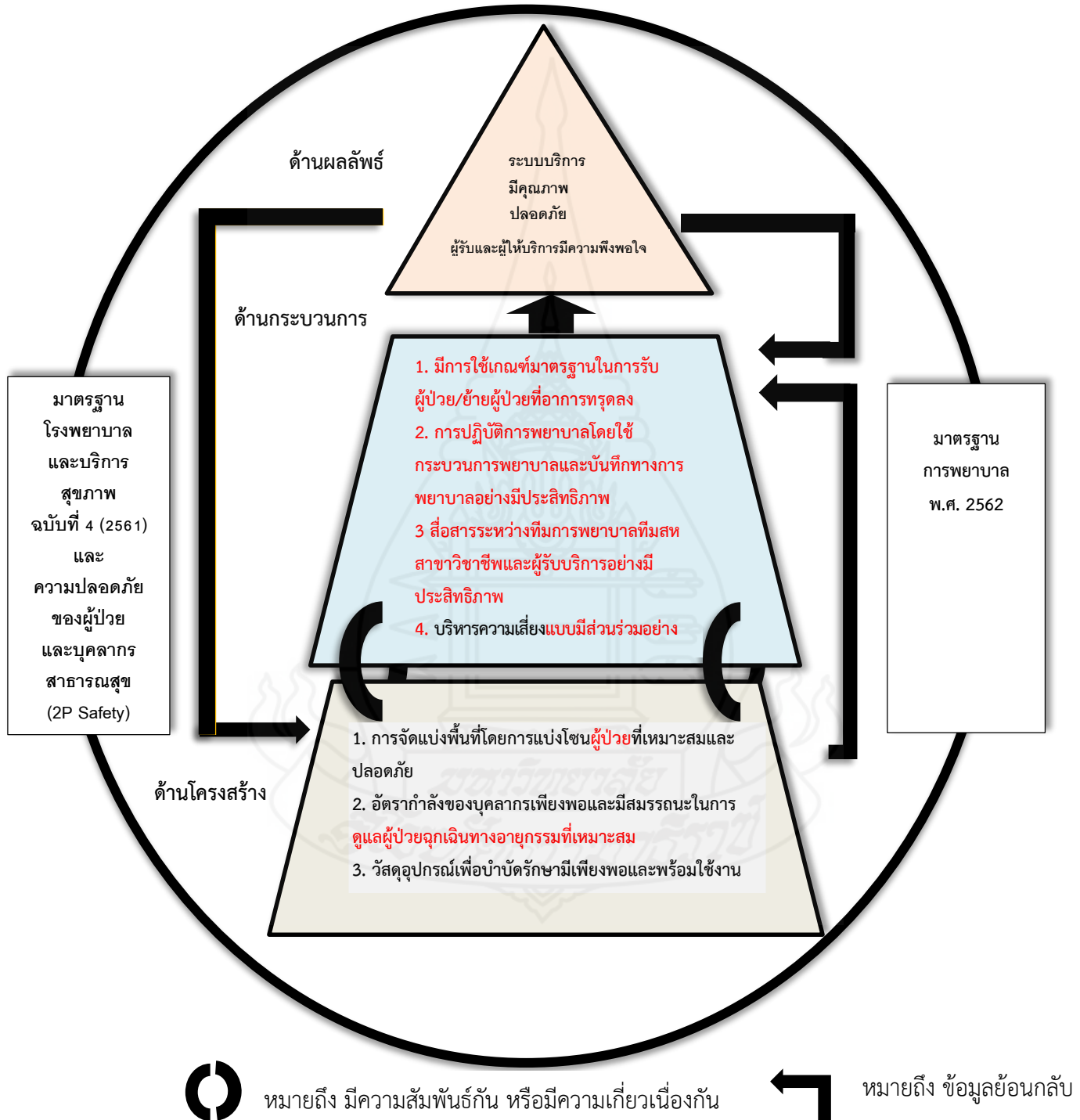
ข้อเสนอแนะที่ได้จากผู้ประเมินความเหมาะสมร่างระบบบริการหน่วยสังเกตอาการมีดังนี้

1. ตัวแทนกลุ่มผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ให้ข้อเสนอแนะดังนี้ ผู้ให้บริการให้ความเห็นว่ารูปร่างแสดง ระบบบริการหน่วยสังเกตอาการ ควรนำกรอบมาตรฐานวิชาชีพพยาบาล มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA) และความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข (2P Safety) ที่นำมาใช้ในการพัฒนาระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ มาใส่ในภาพระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการที่นำเสนอ เพื่อให้เห็นถึงการนำมาตรฐานต่าง ๆ มาใช้เพื่อให้เกิดคุณภาพและมาตรฐานบริการพยาบาล และมีข้อเสนอแนะควรเพิ่มกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ซึ่งเป็นกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่เป็นกลุ่มลูกค้าภายใน เช่น พยาบาลจากแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน พยาบาลอายุกรรม แผนกโภชนาการ แผนกห้องตรวจปฏิบัติการ เป็นต้น เพราะจะทำให้เกิดความหลากหลายของข้อมูลในการพัฒนาระบบบริการพยาบาล

2. กลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิ แนะนำควรเพิ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก กลุ่มผู้บริหารระดับสูง ซึ่งเป็นผู้กำหนดนโยบาย และให้ความเห็นเรื่องขอบเขตด้านองค์ประกอบของระบบบริการพยาบาล ด้านโครงสร้าง เรื่องการจัดแบ่งพื้นที่ ควรเพิ่ม zone สำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่ออาการทรุดลง

จากข้อเสนอแนะของผู้ประเมินความเหมาะสมดังกล่าว ผู้วิจัยได้นำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาและได้ปรับปรุงร่างระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการให้สมบูรณ์มากขึ้น โดยเพิ่มกรอบของระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ ให้ระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการอยู่ภายใต้การกำกับ ควบคุมของมาตรฐานวิชาชีพพยาบาล เนื่องจากมาตรฐานวิชาชีพพยาบาล เป็นเครื่องมือสำคัญที่จะทำให้บรรลุบริการการพยาบาลที่มีคุณภาพ ได้แก่ มาตรฐานการพยาบาล 2562 (ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง มาตรฐานการพยาบาล พ.ศ.2562, 2562) และมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล (ปรับปรุงครั้งที่ 3) พ.ศ.2551 (ฉัตรดี จิรสินธิปก, เพียงใจ เจริญวัฒน์กุล, สุวิภา นิตยางกูร, สมจิตต์ วงศ์สุวรรณศิริ, และสารา วงษ์เจริญ, 2551) นำมาใช้เป็นกรอบมาตรฐานในการกำหนดแนวทางการบริการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ รวมทั้งเพิ่มกรอบเนื้อหามาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพมาตรฐานฉบับที่ 4 (2561) และมาตรฐานความปลอดภัยของ

ผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข (2P Safety) ที่โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ใช้เป็นแนวทางในการออกแบบระบบงานภายในโรงพยาบาล เพื่อให้ได้มาตรฐาน มีคุณภาพ ส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ รวมถึงใช้มาตรฐานดังกล่าว เพื่อประเมินคุณภาพและมาตรฐานของโรงพยาบาล ดังรายละเอียดภาพที่ 4.2



ภาพที่ 4.2 มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล (ปรับปรุงครั้งที่ 3) พ.ศ.2551

บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นวิจัยพรรณนา เพื่อพัฒนาระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ
โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. สรุปการวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.1.1 เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และแนวทางการให้บริการพยาบาลของหน่วยสังเกต
อาการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

1.1.2 เพื่อสร้างระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า
จังหวัดเพชรบุรี

1.1.3 เพื่อประเมินความเหมาะสมของระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ
โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีที่พัฒนาขึ้น

1.2 วิธีการดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1.2.1 ระยะศึกษาสถานการณ์และแนวทางการให้บริการพยาบาลหน่วยสังเกต
อาการ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

1) ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย 1) กลุ่มผู้บริหารระดับต้นที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับ
กับหน่วยสังเกตอาการ ได้แก่ พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยจักษุ โสต คอ นาสิก และแพทย์อายุรกรรมที่
ทำงานร่วมกับหน่วยสังเกตอาการ รวม 2 คน 2) กลุ่มผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ 3 คนและผู้
ช่วยเหลือพยาบาลจำนวน 1 คน ที่ปฏิบัติงานในหน่วยสังเกตอาการ และพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานด้าน
พัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลจำนวน 3 คน และ 3) กลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล
ผู้ป่วยในหน่วยสังเกตอาการจำนวน 6 คน คัดเลือกแบบเจาะจงและยินดีให้ข้อมูล

2) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ ประเด็นคำถามปลายเปิดกึ่งโครงสร้างใช้
สัมภาษณ์รายบุคคล และสนทนากลุ่มเกี่ยวกับสถานการณ์และแนวทางการให้บริการพยาบาลหน่วย
สังเกตอาการ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำนวนทั้งหมด 3 ชุด ได้แก่ เครื่องมือชุดที่ 1
ประเด็นคำถามปลายเปิดกึ่งโครงสร้างสำหรับสัมภาษณ์กลุ่มผู้ปฏิบัติงาน เครื่องมือชุดที่ 2 ประเด็น
คำถามปลายเปิดกึ่งโครงสร้างสำหรับสัมภาษณ์สำหรับกลุ่มผู้บริหาร และเครื่องมือชุดที่ 3 สำหรับกลุ่ม
ประเด็นคำถามปลายเปิดกึ่งโครงสร้างสำหรับสัมภาษณ์กลุ่มผู้รับบริการ

3) การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลัก 2 กลุ่ม โดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์และสนทนากลุ่มกับกลุ่มผู้ปฏิบัติงานและผู้รับบริการด้วยตนเอง ใช้เวลาสัมภาษณ์รายบุคคลประมาณ 30-45 นาที การสนทนากลุ่มใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมงหรือจนกว่าจะได้ข้อมูลครบถ้วน โดยขออนุญาตบันทึกเสียงและเหตุการณ์ ในระหว่างการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์รายบุคคล

4) การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) เป็นการจัดระบบความหมายของข้อความ จัดกลุ่มข้อความเป็นกลุ่มประเด็นหลัก ประเด็นรองและวิเคราะห์สรุปประเด็น

1.2.1 ระยะเวลาสร้างระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์รายบุคคล วิเคราะห์สรุปประเด็น รวมถึงข้อเสนอแนะจากผู้ให้ข้อมูลหลัก มาสร้างระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการตามกรอบแนวคิดโดนาปีเตียน และบูรณาการร่วมกับแนวทางการจัดบริการหน่วยสังเกตอาการตามคู่มือแนวทางการจัดบริการห้องฉุกเฉินที่เหมาะสมกับระดับศักยภาพสถานพยาบาล Part 3 (Guideline ER Service Delivery) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2561 (Hospital and Healthcare Standards 4th Edition) และความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข (Patient and Personnel Safety: 2P Safety) จากนั้นนำร่างระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีที่สร้างขึ้น เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์พิจารณา ตรวจสอบความถูกต้องตามโครงสร้างและเนื้อหา พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะ หลังจากนั้นนำไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ จนได้ร่างระบบที่เหมาะสม ก่อนนำไปประเมินความเหมาะสมของร่างระบบบริการหน่วยสังเกตอาการ

1.2.3 ระยะเวลาประเมินความเหมาะสมของร่างระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

1) กลุ่มผู้ประเมินความเหมาะสมของร่างระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการที่สร้างขึ้น ประกอบด้วย 1) ตัวแทนจากกลุ่มผู้ให้บริการและผู้รับบริการ จำนวน 3 คน ได้แก่ ผู้บริหาร 1 คน ผู้ปฏิบัติงาน 1 คน และผู้รับบริการ 1 คน 2) กลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 คน ได้แก่ รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ หัวหน้าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เลขาธิการศูนย์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี และผู้ทรงคุณวุฒิทางการศึกษา อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี รวมทั้งหมด 7 คน คัดเลือกแบบเจาะจง

2) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบประเมินความเหมาะสมซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์มาจากเครื่องมือ การประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล

จากแนวคิด AGREE II (Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II: AGREE II) ฉบับภาษาไทย 2556 จัดทำโดย สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ลักษณะเป็นแบบสอบถามที่มีมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 7 ระดับ ประเมิน 6 มิติ จำนวน 6 ข้อ

3) การเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มผู้ประเมินให้คะแนนตามแบบประเมินความเหมาะสมของระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกต รวมถึงให้ข้อเสนอแนะ และข้อคิดเห็นต่อร่างระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการที่พัฒนาขึ้น

4) การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การคำนวณคะแนนความเหมาะสม คำนวณแต่ละรายมิติจาก 6 มิติ จำนวนทั้งหมด 6 ข้อ คำนวณได้จากการรวมคะแนนทั้งหมดของแต่ละหัวข้อประเมินในแต่ละหมวด จัดลำดับคะแนนรวมเป็นร้อยละของคะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้ของหมวด และนำข้อเสนอแนะของผู้ประเมินความเหมาะสม พิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ให้ร่างระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการมีความสมบูรณ์และเหมาะสมเพิ่มขึ้น

1.3 ผลการวิจัย

1.3.1 สถานการณ์และแนวทางการให้บริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาสถานการณ์และแนวทางการให้บริการของหน่วยสังเกตอาการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีที่ผ่านมา โดยการสัมภาษณ์ได้ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์และแนวทางการให้บริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ 12 ประเด็นดังนี้

- 1) การจัดแบ่งพื้นที่ให้บริการหน่วยสังเกตอาการไม่เหมาะสม ผู้ป่วยและพยาบาลเสี่ยงต่อการติดเชื้อ
- 2) ขาดมาตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้ป่วยอื่น ๆ ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยกับผู้รับบริการ
- 3) อัตรากำลังไม่สมดุลกับภาระงาน ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการบริการพยาบาลและคุณภาพชีวิตของผู้ให้บริการ
- 4) บุคลากรมีสมรรถนะไม่เพียงพอต่อการให้บริการพยาบาล ส่งผลกระทบต่อคุณภาพบริการพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วย
- 5) เกณฑ์มาตรฐานการรับผู้ป่วยเข้าหรือการย้ายผู้ป่วยออกของหน่วยสังเกตอาการ ควรได้รับการพัฒนาร่วมกันระหว่างผู้กำหนดนโยบาย และหน่วยงานเกี่ยวข้องให้เหมาะสมกับสมรรถนะและอัตรากำลังของบุคลากร

6) ขาดทักษะการสื่อสารทางการพยาบาลทั้งการพูดและการเขียนระหว่างทีม
การพยาบาลและสหสาขาวิชาชีพ ส่งผลให้คุณภาพบริการพยาบาลลดลง

7) ขาดการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้คุณภาพ
บริการพยาบาลลดลงและความปลอดภัยของผู้ป่วย

8) ขาดองค์ความรู้และการพัฒนาการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการ
บริการพยาบาล

9) เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายจากการใช้ยา ส่งผล
ต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

10) ขาดแนวปฏิบัติที่ดีในการป้องกันการลัดตกหกล้ม

11) ความไม่เพียงพอของอุปกรณ์ที่ใช้การบำบัดรักษา

12) บุคลากรบางส่วนขาดความชำนาญในการใช้อุปกรณ์บำบัดรักษา

1.3.2 ร่างระบบบริการหน่วยสังเกตอาการ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัด เพชรบุรี

การสร้างระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ ได้จากการวิเคราะห์
สังเคราะห์สถานการณ์และแนวทางการให้บริการหน่วยสังเกตอาการ รวมถึงมุมมองและข้อเสนอแนะ
จากผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งหมด นำมาบูรณาการร่วมกับแนวทางการจัดบริการหน่วยสังเกตอาการตามคู่มือ
แนวทางการจัดบริการห้องฉุกเฉินที่เหมาะสมกับระดับศักยภาพสถานพยาบาล Part 3 (Guideline
ER Service Delivery) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 4 พ.ศ.2561 (Hospital
and Healthcare Standrads 4th Edition) และความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข
(2P Safety) โดยสร้างระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัด
เพชรบุรี ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านโครงสร้าง ได้แก่ (1) การจัดแบ่งพื้นที่
(Zone) ผู้ป่วยมีความเหมาะสมและปลอดภัย (2) อัตรากำลังของบุคลากรเพียงพอและมีสมรรถนะใน
การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทางอายุรกรรมที่เหมาะสม และ (3) วัสดุอุปกรณ์เพื่อบำบัดรักษามีเพียงพอและ
พร้อมใช้งาน 2) ด้านกระบวนการ ได้แก่ (1) มีการใช้เกณฑ์มาตรฐานในการรับผู้ป่วย/ย้ายผู้ป่วยที่
อาการทรุดลง (2) ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลและบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมี
ประสิทธิภาพ (3) การสื่อสารระหว่างทีมการพยาบาล ทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้รับบริการอย่างมี
ประสิทธิภาพ และ(4) การบริหารความเสี่ยงอย่างมีส่วนร่วมมีประสิทธิภาพ และ 3) ด้านผลลัพธ์ เป็น
การกำหนดองค์ประกอบที่สะท้อนผลลัพธ์ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงคุณภาพการบริการพยาบาลและความไม่
ปลอดภัย สามารถนำข้อมูลดังกล่าวกลับมาทบทวนระบบการทำงานและปรับปรุงคุณภาพบริการ
พยาบาลให้ได้มาตรฐานได้แก่ (1) ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร (2) คุณภาพการบริการ และ
(3) ความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

1.3.3 ประเมินความเหมาะสมของระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

เป็นการนำร่างระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการที่พัฒนาขึ้นไป ประเมินความเหมาะสมโดยตัวแทนกลุ่มผู้ให้ข้อมูลและผู้ทรงคุณวุฒิ ผลการประเมินความเหมาะสมของระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีแต่ละมิติ มีดังนี้ มิติที่ 1 ด้านวัตถุประสงค์ ร้อยละ 88.10 มิติที่ 2 ด้านขอบเขต ร้อยละ 80.95 มิติที่ 3 ด้านการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ร้อยละ 88.10 มิติที่ 4 ด้านความเป็นอิสระของผู้มีส่วนร่วม ร้อยละ 92.86 มิติที่ 5 ด้านความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ ร้อยละ 92.86 มิติที่ 6 ด้านความชัดเจนในการนำเสนอและการนำไปใช้ ร้อยละ 88.10 และผลการประเมินคะแนนความเหมาะสมโดยภาพรวมทั้ง 6 มิติ ร้อยละ 88.49 ซึ่งค่าคะแนนความเหมาะสมโดยภาพรวมมากกว่าร้อยละ 70 สามารถสรุปได้ว่า ร่างระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการนั้นสามารถเป็นที่ยอมรับและนำไปใช้ได้ (ศากุล ช่างไม้, 2549; Waltz, Strickland, & Lenz, 2017)

2. อภิปรายผล

จากผลการวิจัยที่ ผู้วิจัยขออภิปรายในองค์ประกอบของระบบที่พัฒนาขึ้น และความเหมาะสมของระบบ โดยอภิปรายตามประเด็นสำคัญ ดังนี้

2.1 องค์ประกอบของระบบบริการหน่วยสังเกตอาการที่พัฒนาขึ้น

องค์ประกอบด้านโครงสร้าง พบว่า ระบบบริการหน่วยสังเกตอาการยังไม่มี ความเหมาะสม กล่าวคือ หน่วยสังเกตอาการมาตั้งอยู่ในพื้นที่ส่วนหนึ่งของหอผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิก โดยไม่มีการกั้นแบ่งพื้นที่ (Zone) ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจักษุ โสต ศอ นาสิก เสี่ยงต่อการติดเชื้อ และเกิดความไม่ปลอดภัยทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล “สามารถจะเกิด Cross Infection (การแพร่กระจายเชื้อข้ามคน) ไปสู่คนไข้ตาได้...” ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ นริลักษณ์ สุวรรณโนบล, จินตนา ตาปิน, และศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์ (2561) พบว่าโครงสร้างอาคารสถานที่ ที่ไม่ได้ถูกออกแบบตั้งแต่เริ่มแรกและไม่เอื้ออำนวย เป็นปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล จึงขอเสนอให้ผู้เกี่ยวข้องกับหน่วยสังเกตอาการ กำหนดพื้นที่สำหรับผู้ป่วยติดเชื้อ แยกออกจากผู้ป่วยทั่วไป เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อผู้รับบริการและผู้ให้บริการ (อะเคื่อ อุณหเลขกะ, สุขาดา เหลืองอาภาพงศ์, และจิตตาภรณ์ จิตรีเชื้อ, 2557) และหน่วยงานมีข้อจำกัดของการใช้พื้นที่ ในระยะสั้นผู้เกี่ยวข้องจึงอาจปรับปรุงพื้นที่บริการโดยใช้การ กั้นห้องให้เป็นสัดส่วน มีทางเข้าออกหน่วยสังเกตอาการโดยไม่ต้องผ่านหอผู้ป่วยจักษุ ซึ่งการกั้นพื้นที่

ที่เหมาะสม จะช่วยลดปัญหาการแพร่กระจายเชื้อส่วนหนึ่งลง (กองแบบแผน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

จากการจัดอัตรากำลังของบุคลากรยังไม่เพียงพอและไม่เหมาะสม กล่าวคือ เวิร์กเข้ามีพยาบาลประจำเพียง 1 คน บางครั้งคนไข้เต็ม 10 เตียงทำให้การดูแลไม่ทั่วถึง ส่งผลกระทบต่อการบริการพยาบาล และในช่วงเวลากลางคืนพยาบาลหอผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิก ที่มีจำนวนจำกัดจะเข้ามาช่วยดูแลผู้ป่วยหน่วยสังเกตอาการ ซึ่งบุคลากรยังมีข้อจำกัดด้านสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยที่ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยทางอายุรกรรม ทำให้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการบริการและผลเสียต่อผู้ให้บริการ ดังตัวอย่างข้อมูล “เวรป่วย...บางทีแทบจะไม่มีเวลากินข้าวเลยนะ. ต้องไปช่วยงานฝั่งตาด้วย แล้วกลับมาทำงานฝั่งตัวเอง (หน่วยสังเกตอาการ) ทำงานไม่ทันเลย..” สอดคล้องกับการศึกษาของเกษร สังข์กฤษ, ไพลิน นัตสันเทียะ, วิภา แก้วเคน, และปิยนุช บุญกอง (2558) พบว่ามี จุดอ่อนด้านอัตรากำลังพยาบาลไม่เพียงพอ คือได้รับการจัดสรรอัตรากำลังน้อยกว่าความต้องการจริง ทำให้การบริการพยาบาลไม่ทันเวลา ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการบริการพยาบาล และคุณภาพชีวิตของผู้ให้บริการ (Liu, 2018) สำหรับความไม่เหมาะสมคือ สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินด้านอายุรกรรม ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล “...เราไม่มีความรู้ เราก็จะไม่ค่อยมั่นใจ ที่จะอธิบายให้คนไข้เข้าใจ...หมอลิ่งให้พี่ drip NOR-E (ยากระตุ้นความดันโลหิต) พี่ก็ไม่เคยให้ แล้วคนไข้ก็ไม่ดีทำยังไงกัน...” “พี่ก็ไม่ค่อยรู้หรอก เวลาใช้เครื่อง defib ให้ดียังไง หมุนอะไร..ให้พี่อยู่ตรงตำแหน่งอื่นดีกว่า...” ดังนั้น การพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วย ทั้งความรู้ ทักษะของบุคลากร ให้สามารถทำงานภายใต้สภาวะที่ขาดแคลนอัตรากำลังได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ลดาวัลย์ จันทรแจ้ และบุญทิพย์ สิริธรังศรี, 2557) จะส่งผลให้เกิดการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ รวมถึงอุปกรณ์เพื่อบำบัดรักษายังมีไม่เพียงพอและพร้อมใช้งาน เช่น “...ตอนฉุกเฉินที่ต้องให้ออกซิเจนแล้วหัวเตียงไม่มี pipe line มันก็ไม่ทันเวลานะ...” จากข้อมูลชี้ให้เห็นถึงความไม่เพียงพอและความชำนาญการใช้เครื่องมือ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพบริการและความปลอดภัยของผู้ป่วย (จุฑาสินี สัมมานัน, 2560) จากการศึกษาของวัลภา ยิ้มปราโมทย์ (2559) พบว่าการจัดเตรียมอุปกรณ์บำบัดรักษาให้เพียงพอสำหรับการบริการพยาบาล จะสร้างความมั่นใจให้กับผู้รับบริการที่มารับบริการ และทำให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วย ดังนั้นรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นเน้นความเพียงพอของบุคลากร เครื่องมือ และสมรรถนะที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากผู้ป่วยที่รอสังเกตอาการมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา โดยเฉพาะผู้ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะฉุกเฉินทางอายุรกรรม เช่น ภาวะช็อค ภาวะติดเชือรุนแรง หรืออื่น ๆ สอดคล้องกับมาตรฐานการจัดสถานบริการพยาบาล ในการสนับสนุนให้มีบุคลากรและอุปกรณ์ช่วยชีวิตที่เหมาะสม เพียงพอ เพื่อความปลอดภัยของทั้งผู้ป่วยและผู้ให้บริการ (ชาติชาย คล้ายสุบรรณ, 2561)

องค์ประกอบด้านกระบวนการ พบว่า มีประเด็นปัญหาในสื่อสารของทีมการพยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีประสิทธิภาพ ดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล “เวลาส่งเวรจะไม่ให้เกินครึ่งชั่วโมง

คุณต้องเอาแต่สาระสำคัญ ที่ก็จะเตือนเวลารายงานแพทย์เอาเนื้อหาที่สำคัญกระชับและก็ต้องมีความรอบคอบ”อธิบายได้ว่า พยาบาลวิชาชีพยังขาดการจัดลำดับขั้นตอนของข้อมูลข่าวสาร ขาดความมั่นใจการให้ข้อมูลข่าวสารระหว่างพยาบาล และระหว่างพยาบาลกับแพทย์ รวมทั้งการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ อาทิ “พยาบาลก็พูดนะแต่ไม่ได้อธิบายเยอะ แค่ว่าบอกว่าถ้ามีอะไรผิดปกติก็ให้บอกนะ ซึ่งบางทีเราก็ไม่รู้ว่าจะอาการผิดปกติที่พยาบาลว่าหมายถึงอะไร..” ที่เป็นเช่นนี้ นอกจากขาดทักษะในการสื่อสารแล้ว อาจเป็นเพราะพยาบาลขาดสมรรถนะในการปฏิบัติงาน จึงทำให้ขาดความมั่นใจในการสื่อสาร จึงควรเพิ่มทักษะการสื่อสารที่ชัดเจนจะสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยได้ (O’Shea, 1998) นอกจากนี้ การขาดสมรรถนะในการทำงานยังส่งผลต่อการบันทึกทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ดังผู้ให้ข้อมูล “เราไม่ได้มีความถนัดทางด้านอายุรกรรมบันทึกการพยาบาลเราก็เขียนแบบทั่วไป ไม่สามารถจะเฉพาะเจาะจง...” ดังนั้น จึงมีความจำเป็นในการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วย หน่วยสังเกตอาการ โดยผู้บริหารจะต้องเป็นพี่เลี้ยงและเป็นแบบอย่างที่ดี (เรณู แสงสุวรรณ, บุญทิพย์ สิริธรรค์ และพิเชฐ บัญญัติ, 2559) ร่วมกับการนิเทศทางการพยาบาลจะช่วยให้การสื่อสารโดยการบันทึกการพยาบาลมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับมาตรฐาน HA ตอนที่ 2 ให้มีการกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (องค์การมหาชน), 2561ก) และมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาล (ธัญรดี จิรสินธิปก, เพียงใจ เจริญวิวัฒน์กุล, สุวิภา นิตยงกูร, สมจิตต์ วงศ์สุวรรณศิริ, และสารา วงษ์เจริญ, 2551) มาตรฐานที่ 11 บันทึกทางการพยาบาล ส่งผลให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

นอกจากนั้น ยังมีประเด็นปัญหาในการบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ ดังข้อมูลของผู้บริหาร “...พยาบาลก็มีความผิดพลาดในการให้ยา ลืมฉีดยา...ลืมรับคำสั่งแจกยาไม่ครบข้างแจกยาไม่ตรงเวลา...” จากข้อผิดพลาด นำไปสู่การเกิดอุบัติเหตุทางคลินิก เกิดความไม่ปลอดภัยกับผู้ป่วย ซึ่งปัญหาดังกล่าว อาจเกิดจากการที่มีพยาบาลจำกัดและภาระงานที่มาก ดังนั้น ควรส่งเสริมพยาบาลให้มีบทบาท มีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารความเสี่ยง โดยค้นหาความเสี่ยง มีการจัดการความเสี่ยง การควบคุม ลด ป้องกัน หลีกเลี่ยง แก้ไขความเสี่ยงที่ได้ประเมินมาแล้ว และประเมินผลการจัดการความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง จะนำไปสู่การตัดสินใจอย่างมีคุณค่าและเกิดเป็นวัฒนธรรมองค์กร ส่งผลให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น (ผ่องพรรณ จันชนสมบัติ, นันธิดา พันธุศาสตร์, และแสงรวี มณีศรี, 2555) นอกจากด้านความเสี่ยงการติดเชื้อจากสถานที่ไม่เหมาะสมแล้ว ยังอาจเกิดจากการมีอัตรากำลังพยาบาลไม่เพียงพอ ดังข้อมูล “...บางทีรีบมาก ก็ไม่ค่อยล้างมือ” และยังสามารถเกิดจากบุคลากรยังขาดความความตระหนัก (นริลักษณ์ สุวรรณโนบล, และคณะ, 2561) ดังข้อมูล “...น้องใหม่ ๆ ไม่ค่อยทำตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ บอกว่าลืมบ้าง ไม่รู้บ้าง” จึงควรจัดให้หน่วยสังเกตอาการมีระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ รวมถึงระบบเฝ้าระวัง และติดตามที่เหมาะสมกับบริบท ควรได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์อย่างเพียงพอ ให้ความสำคัญต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรทุก

ระดับ และชี้ให้เห็นความสำคัญในบทบาทของตนเองต่อการเฝ้าระวัง และป้องกันการติดเชื้อให้กับบุคลากรทุกหน่วยงานในองค์กร (นริสลักษณ์ สุวรรณโนบล, และคณะ, 2561) โดยปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อขั้นพื้นฐาน (standard precautions) ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคติดเชื้อ/การติดเชื้อในตำแหน่งเฉพาะที่ และการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันให้เหมาะสมกับกิจกรรม (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์การมหาชน, 2561ค) ร่วมกับมีการนิเทศทางการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ จะเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาระบบ กลไกการป้องกัน และเฝ้าระวังการติดเชื้อในหน่วยสังเกต (อรัทัย ศิลป์ประกอบ และวารุณี ยินดีใน, 2562)

องค์ประกอบด้านผลลัพธ์ จากผลการดำเนินงานภายใต้โครงสร้าง และกระบวนการที่ผ่านมา นั้น ส่งผลกระทบต่อการดูแลผู้ป่วยในหน่วยสังเกตอาการ พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกปี พศ. 2561 มีจำนวนถึง 48 อุบัติการณ์ และเป็นความรุนแรงระดับ E จำนวน 5 อุบัติการณ์ มีอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนการบริหารยา 14 ครั้ง การพลัดตกหกล้ม 2 ครั้ง และมีบุคลากรติดเชื้อจำนวน 1 คน (ศูนย์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี, 2561) หากประเด็นปัญหาในด้านโครงสร้าง และกระบวนการไม่ได้รับการแก้ไขหรือพัฒนา จะส่งผลต่อคุณภาพการบริการและผลกระทบต่อผู้ให้บริการ รวมถึงความพึงพอใจของผู้รับบริการ ทั้งนี้ผลการศึกษาพบว่าหน่วยงานควรมีการกำหนดตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องและมีนโยบายในการติดตาม เช่น อุบัติการณ์ทางคลินิก เกณฑ์มาตรฐานคุณภาพการพยาบาล และความพึงพอใจของทั้งผู้รับและผู้ให้บริการ เพื่อนำมาใช้ในการปรับปรุงระบบบริการพยาบาลต่อไป การทบทวนระบบการทำงาน ติดตามตัวชี้วัดอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับปรุงคุณภาพบริการพยาบาลของหน่วยสังเกตอาการให้ได้มาตรฐาน และการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาล และมาตรฐาน HA จึงมีความจำเป็นเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย สอดคล้องกับการประกันคุณภาพการบริการพยาบาลในปัจจุบัน โดยกองการพยาบาล (2562) เสนอแนะว่าหน่วยงานต่าง ๆ ควรมีการจัดทำระบบสารสนเทศทางการพยาบาล เพื่อบันทึกข้อมูลตัวชี้วัดคุณภาพบริการพยาบาลที่สำคัญ ทำให้สามารถติดตามผลการปฏิบัติพยาบาลได้อย่างเป็นระบบ

2.2 ความเหมาะสมของระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการที่พัฒนาขึ้น มีความเหมาะสมโดยรวมได้ร้อยละ 88.49 ซึ่งระดับคะแนนเกินร้อยละ 70 (ศากุล ช่างไม้, 2549; Waltz, Strickland, & Lenz, 2017) อธิบายได้ว่า ระบบบริการหน่วยสังเกตอาการมีความเหมาะสมและยอมรับได้ ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ทั้งนี้ เนื่องจากผู้วิจัยได้นำหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบบริการพยาบาล บูรณาการร่วมกับแนวคิดที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับนานาชาติและระดับประเทศ ประกอบด้วยแนวคิดคุณภาพการดูแลของโดนาบีเดียน แนวทางการจัดบริการหน่วยสังเกตอาการมาตรฐานวิชาชีพ รวมทั้งมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยและ

บุคลากรสาธารณสุข มาใช้ในการร่างระบบบริการพยาบาลครอบคลุมองค์ประกอบ 3 ด้าน ทั้งด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ โดยเริ่ม ตั้งแต่การศึกษาสถานการณ์และแนวทางการให้บริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการที่นำแนวคิดโดนาเบเดียน (Donabedian, 1988) มาใช้เป็นกรอบแนวคิด ทำให้การศึกษาครอบคลุมตามองค์ประกอบของระบบบริการพยาบาลทั้ง 3 ด้านคือ ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ ซึ่งสะท้อนให้เห็นประเด็นสำคัญในแต่ละองค์ประกอบ ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการคุณภาพของระบบบริการพยาบาลของหน่วยสังเกตอาการ และเพื่อให้เกิดมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ เกิดความปลอดภัย มีการนำมาตรฐานวิชาชีพได้แก่ มาตรฐานการพยาบาล 2562 (ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง มาตรฐานการพยาบาล พ.ศ.2562, 2562)และมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล (ปรับปรุงครั้งที่ 3) พ.ศ.2551 (ธัญรดี จิรสินธิปก, เพียงใจ เจริญวิวัฒน์กุล, สุวิภา นิตยงกูร, สมจิตต์ วงศ์สุวรรณศิริ, และสารา วงษ์เจริญ, 2551) ซึ่งเป็นมาตรฐานการที่กำหนดให้บุคลากรพยาบาล ได้ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานพยาบาลให้มีคุณภาพ และนำแนวทางการจัดบริการหน่วยสังเกตอาการตามคู่มือแนวทางการจัดบริการห้องฉุกเฉินที่เหมาะสมกับระดับศักยภาพสถานพยาบาล Part 3 Guideline ER Service Delivery 3) รวมถึงมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 4 พ.ศ.2561 (Hospital and Healthcare Standards 4th Edition) และความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข (2P Safety) ที่โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ยึดเป็นมาตรฐานในการปฏิบัติ และใช้เป็นแนวทางการประเมินคุณภาพบริการเพื่อรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มาใช้ในการพัฒนาระบบบริการพยาบาลร่วมด้วย โดยนำมาใช้เป็นมาตรฐานการดูแลกำกับ และควบคุมคุณภาพการดำเนินงานทั้ง 3 องค์ประกอบหลักของระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ โดยด้านโครงสร้างอยู่ภายใต้มาตรฐานตอนที่ I การบริหารองค์กร และตอนที่ II ระบบงานสำคัญ การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ ด้านกระบวนการอยู่ภายใต้มาตรฐานตอนที่ II ระบบงานสำคัญ และตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย ด้านผลลัพธ์อยู่ภายใต้มาตรฐานตอนที่ IV ผลลัพธ์ ซึ่งจะส่งผลให้ระบบบริการพยาบาลของหน่วยสังเกตอาการมีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ปลอดภัยทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ นอกจากนี้ ยังเนื่องมาจากการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมาให้ข้อมูลในการพัฒนาระบบ จึงทำให้ระบบบริการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่แท้จริงและที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ทำให้ได้รับการยอมรับ สอดคล้องกับงานวิจัย ของภัทรธิดา โภคาพันธ์, สงครามชัย ลีทองดี, และชาญชัย ดิกชะปัญญา (2555) ที่พบว่า การมีส่วนร่วม ก่อให้เกิดผลดีต่อการขับเคลื่อนองค์กรหรือเครือข่าย ผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมจะเกิดความภาคภูมิใจ และมีความรู้สึกเป็นเจ้าขององค์กรนั้น ความรู้สึกเป็นเจ้าของจะเป็นพลังในการขับเคลื่อนที่ดีที่สุด

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาความเหมาะสมของระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีที่สร้างขึ้น พบว่าในบางมิติ เช่น มิติที่ 1 ด้านวัตถุประสงค์ และมิติที่ 2 ด้านขอบเขต คະแนนประเมินความเหมาะสมตามการรับรู้ของผู้รับบริการ

ยังอยู่ในระดับต่ำกว่ามิติอื่น ๆ (66.66 %) ซึ่งสะท้อนความจำเป็นในการพัฒนาระบบบริการพยาบาล หน่วยสังเกตอาการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี โดยผู้ให้บริการและผู้บริหารควรให้ความสำคัญกับปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการมากยิ่งขึ้น เช่น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับหน่วยสังเกตอาการ การให้ข้อมูลการรักษาและคำแนะนำเพิ่มขึ้น เพื่อให้ผู้รับบริการเข้าใจและสามารถร่วมมือกับบุคลากร ซึ่งการให้ข้อมูลจะทำให้ตอบสนองความต้องการผู้รับบริการได้อย่างตรงจุด และสามารถนำไปพัฒนาระบบการบริการพยาบาลให้มีคุณภาพเพิ่มขึ้น (พัชนี สมกำลัง, ไปรมา ขุนโมกษ์, ผกาพรรณ เสนคะ, กรทิพย์ เชื้อตาหมื่น, และกฤติยา นวลฝ้าย, 2556) อย่างต่อเนื่องต่อไป

ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่า ร่างระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการที่พัฒนาขึ้น ได้ผ่านกระบวนการ การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และมีขั้นตอนการสร้างที่ชัดเจนอย่างเป็นระบบ มีการนำข้อมูลทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ ร่วมกับแนวคิด ทฤษฎีและมาตรฐานวิชาชีพ ดังที่กล่าวมาข้างต้น มาสร้างทำให้ระบบบริการหน่วยสังเกตอาการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ที่พัฒนาขึ้น มีความเหมาะสมเป็นที่ยอมรับ มีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ และหากมีการนำไปใช้จริงจะส่งผลให้คุณภาพบริการพยาบาลมีคุณภาพ และปลอดภัย สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คือ “โรงพยาบาลทันสมัย ปลอดภัย คุณภาพชั้นนำ”

3. ข้อเสนอแนะ

การพัฒนาระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เพื่อให้การบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการมีคุณภาพได้มาตรฐาน ส่งผลต่อความปลอดภัย ทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ 2 ประเด็นหลัก ดังนี้

3.1 ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลวิจัยไปใช้

3.1.1 ฝ่ายการพยาบาลนำเสนอระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการที่พัฒนาขึ้น ต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล หากได้มีการนำระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการไปใช้ จะทำให้การบริหารจัดการหน่วยสังเกตอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยวางแผนจัดสรรงบประมาณ เพื่อปรับปรุง ตั้งแต่ด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ของหน่วยสังเกตอาการ เพื่อการให้บริการพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพเกิดความปลอดภัยทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ

3.1.2 หัวหน้าพยาบาล ควรมีการจัดสรรอัตรากำลังให้เหมาะสมกับภาระงานในปัจจุบัน เพื่อให้การบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการได้ตามมาตรฐาน มีคุณภาพและส่งผลต่อความปลอดภัยกับผู้รับและผู้ให้บริการ และกำหนดนโยบายหรือมาตรการส่งเสริม สนับสนุน และอำนวยความสะดวกทั้งด้านเวลา อุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อให้บุคลากรนำหลักฐานเชิงประจักษ์ หรือใช้ความคิดสร้างสรรค์ สร้างนวัตกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาล และมีการส่งเสริมวัฒนธรรมการเรียนรู้ในองค์กรให้เกิดขึ้นต่อเนื่องสม่ำเสมอ

3.1.3 หัวหน้าหอผู้ป่วยหน่วยสังเกตอาการ ควรจัดทำโครงการพัฒนาสมรรถนะความรู้ ทักษะทางอายุรกรรม ด้านการสื่อสาร ทักษะการฟัง การให้ข้อมูลและคำแนะนำผู้รับบริการ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และด้านการสร้างสัมพันธภาพให้กับเจ้าหน้าที่/บุคลากรที่ให้บริการ และพัฒนาแนวทางปฏิบัติเพื่อจัดการและป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพต่อคุณภาพบริการพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วย รวมถึงการนิเทศทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่องเพื่อปรับปรุงการปฏิบัติงานพยาบาล ซึ่งจะส่งผลให้บรรลุเป้าหมายของนโยบายของโรงพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วยอื่น ๆ สามารถนำร่างระบบการพัฒนาระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการที่สร้างขึ้น ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบบริการพยาบาลในหน่วยงานอื่น ๆ ของโรงพยาบาล เช่น แผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม ศัลยกรรม แผนกผู้ป่วยพิเศษ แผนกผู้ป่วยนอก และแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน

3.1.4 ผู้ปฏิบัติงาน ควรเพิ่มสมรรถนะทางด้านความรู้ ทักษะ ด้านอายุรกรรม รวมทั้งทักษะทางด้านการสื่อสารระหว่างทีมพยาบาล สหสาขาวิชาชีพ และผู้รับบริการ ให้ความสำคัญกับการพัฒนาตนเอง การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ องค์ความรู้ใหม่ มาใช้ในกระบวนการพยาบาล รวมถึงพัฒนาทักษะด้านสารสนเทศ เทคโนโลยีและดิจิทัลเพื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองและนำมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล

3.2 ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 นำระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีที่ได้ ไปทดลองใช้เต็มรูปแบบในหน่วยสังเกตอาการ ตลอดจนมีการติดตามผลลัพธ์การใช้ระบบบริการพยาบาลทั้งด้านผู้ให้บริการและด้านผู้รับบริการ รวมทั้งควรมีการศึกษาสถานการณ์เพิ่มในกลุ่มสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เช่น พยาบาลแผนกอายุรกรรม พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก พยาบาลแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน เภสัชกร หน่วยรังสีแพทย์ แพทย์ใช้ทุน ตลอดจนควรเก็บข้อมูลในกลุ่มใหญ่โดยศึกษาเชิงปริมาณ เพื่อนำข้อมูลมาประกอบเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ไปใช้ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยและคุณภาพของหน่วยสังเกตอาการต่อไป

3.2.2 นำรูปแบบการวิจัยไปประยุกต์ใช้ ในการดำเนินการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการบริการพยาบาลในหอผู้ป่วยอื่น ๆ

4. ข้อจำกัดในการวิจัย

เนื่องจากในระหว่างดำเนินการวิจัยเป็นช่วงสถานการณ์โควิด-19 หน่วยสังเกตอาการเกตอาการต้องถูกปรับเปลี่ยนเป็นหอผู้ป่วยในแยกโรค (cohort ward) เพื่อรองรับกับสถานการณ์โรคระบาด โควิด-19 ทำให้กลุ่มผู้รับบริการเพื่อให้ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์มีจำนวนน้อยเกินไป

บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *คู่มือการปรับปรุงคุณภาพอากาศภายในอาคารสถานพยาบาล*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *คู่มือมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ปีพ.ศ. 2563* (ฉบับส่งเสริมและพัฒนาสถานพยาบาล). สืบค้นเมื่อวันที่ 2 สิงหาคม 2563 จาก [bkpho.moph.go.th > bungkanpho > uploads > media > 20200227105](http://bkpho.moph.go.th/bungkanpho/uploads/media/20200227105).
- กรรณิกา ธนไพโรจน์. (2560). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการสื่อสารในการรับและส่งเวรทางการพยาบาล ด้วยเอสบาร์ที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้รับการตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยคริสเตียน, นครปฐม
- กรรณิกา ศิริแสน. (2558). *ประสิทธิผลของการใช้ระบบสัญญาณเตือนในการพยาบาลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยคริสเตียน, นครปฐม.
- กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. (2556) *เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาการบริการผู้ป่วยสังเกตอาการในหอผู้ป่วยจักษุ โสต คอ นาสิก* เลขที่ 16/2556.
- กองการพยาบาล สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2544). *การประกันคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล งานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน*. กรุงเทพฯ: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- . (2548). *แนวทางการจัดอัตรากำลัง*. นนทบุรี: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- . (2562). *แนวทางการจัดเก็บตัวชี้วัดการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ประจำปีงบประมาณ 2563*. นนทบุรี: พิมพ์สื่อตะวันออก
- กองแบบแผน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *คู่มือการออกแบบอาคารสถานบริการสุขภาพและสภาพแวดล้อม: แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน*. สืบค้นจาก https://hss.moph.go.th/fileupload_doc_slider/2016-11-16--168.pdf.
- กัญจิกา ไกรสวัสดิ์, และประสิทธิ์ วุฒิสุทธิเมธา. (2556). *ระยะเวลาอยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วยในหน่วยสังเกตอาการระยะสั้นของหน่วยบริการฉุกเฉินในโรงพยาบาล สงขลา นครินทร์*. สืบค้นเมื่อวันที่ 2 สิงหาคม 2563 จาก https://www.kmutt.ac.th/jif/public_html/article_detail.php?ArticleID=120529.
- เกษร สังข์เกษ, ไพลีน นัตสันเทียะ, วิภา แก้วเคน, และปิยนุช บุญกอง. (2558). *การพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยหนักจังหวัดสกล. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*. 33,(2):110-121.

- จารุณี ดาวังปา, และมณีรัตน์ ภาคฐป. (2560). บริการพยาบาลตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้ป่วยประกันสังคม โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*. 11,(2):215-228.
- จินตนา รัตนสินธุ์. (2549). การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลที่คัดสรรแห่งหนึ่งในภาคตะวันออก (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- จุฑาสินี สัมมานันท์. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล กรณีศึกษา โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดนนทบุรี (วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- ชัชฎา บุญยะอภิชาติ. (2555). *Short stay Focus charting จาก CQI สู่นโยบายการบันทึกสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลระยะสั้น*. สืบค้นเมื่อวันที่ 7 กันยายน 2563 จาก <http://www.1si.mahidol.ac.th>.
- ชาติชาย คล้ายสุบรรณ (บ.ก.). (2561). *คู่มือแนวทางการจัดบริการห้องฉุกเฉินที่เหมาะสมกับระดับศักยภาพสถานพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สามชัย 2017.
- ชุติกานุจน์ หลุทัย, อีรพร สติธอังกูร, และสมจิตต์ วงศ์สุวรรณศิริ. (2559). การพัฒนาระบบบริการพยาบาลสำหรับโรงพยาบาลชุมชนที่ได้รับการยกฐานะ. *วารสารกองการพยาบาล*, 43,(1): 113-134.
- ฐิติพร จตุพรพิพัฒน์, บุญทิพย์ สิริธรงค์ศรี, และพิเชฐ บัญญัติ (2560). รูปแบบการจัดการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะลุกลาม โรงพยาบาลวังเจ้า จังหวัดตาก. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 23,(1): 154-176.
- ทิพย์สุนันท์ ศรีลาธรรม. (2560). *คุณภาพบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี* (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น, บุรีรัมย์.
- เดชชัย โพธิ์กลิ่น. (2559). ประสิทธิภาพของการจัดการการส่งเวรด้วยโมเดลเอสบาร์ที่แผนกผู้ป่วยหนักของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน*. 22,(4): 484-496.
- ธัญรัตน์ จิรสินธิปก, เพียงใจ เจริญวัฒน์กุล, สุวิภา นิตยงกูร, สมจิตต์ วงศ์สุวรรณศิริ, และสารา วงษ์เจริญ (บ.ก.). (2551). *มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 3). นนทบุรี: สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- นพรุจ ลือกิตติกุล. (2556). *การศึกษาความเป็นไปได้ในการจัดตั้งห้องสังเกตอาการผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิศวกรรมศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์, กรุงเทพมหานคร.

- นรีลักษณ์ สุวรรณโนบล, จินตนา ตาปิน, และศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์. (2561). ศึกษาสถานการณ์การติดเชื้อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ของโรงพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา*. 24,(2):76-95.
- บัวหลวง สำแดงฤทธิ์, และนภาพร โลหเจริญวนิช. (2556). ความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพการบริการพยาบาลของผู้ใช้บริการ ในหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกกรณีเวช โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*.31,(4):161-169.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2551). *ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์การพยาบาลในศตวรรษที่ 21* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เบญจวรรณ จันทร์สามารถ. (2560). คุณภาพการบริการทางการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระฉก: กรณีศึกษาแผนกห้องผ่าตัดต่อกระฉก. *วารสารทหารบก*.18, (ฉบับพิเศษ):181-188.
- ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง มาตรฐานการพยาบาล พ.ศ.2562. (2562, 18 เมษายน). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 136 ตอนพิเศษ 97ง. หน้า 30.
- ประชิด ศราธพันธุ์. (2555). *สมรรถนะพยาบาล*. สืบค้น .เมื่อวันที่ 13 มีนาคม 2562 จาก www.nns.mahidol.ac.th/english/TH/alumni/doc/meeting/สมรรถนะพยาบาล.pdf.
- ปราณี มหาบุญปิติ, และบุญทิพย์ สิริธรงค์ศรี. (2560). การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*. 11,(3):128-137.
- ผองพรรณ จันชนสมบัติ, นันธิดา พันธุศาสตร์, และแสงรวี มณีศรี (2555). การบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*. 35,(3):118-124.
- พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542. (2546). กรุงเทพฯ: นานมีบุคคส.
- พจนีย์ ธีระกุล, และกัญญาดา ประจุศิลปะ. (2558). ผลของการใช้ แบบบันทึกทางการพยาบาลแบบ Focus charting ต่อคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยและความพึงพอใจในการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 18,(ฉบับพิเศษ):257-265.
- พวงทิพย์ ชัยพิบาลสฤกษ์ดี. (2551). *คุณภาพการบริหารการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ วี.พรี้น 1991.
- พัชนี สมกำลัง, ไปรมา ขุนโมกข์, ผกาพรรณ แสนคะ, กรทิพย์ เชื้อตาหมื่น และกฤติยา นวลผ้า.(2556). ความต้องการข้อมูลของผู้รับบริการในโรงพยาบาลนครพนม. *วารสารกระทรวงสาธารณสุข*. 21,(2): 85-93.
- พิณทิพ ทักณา. (2556). *ความคิดเห็นของผู้รับบริการต่อคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลพระปกเกล้า อำเภอมือเมือง จังหวัดจันทบุรี* (วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.

- พูลสุข หิงคานนท์. (2557). การพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาล. ใน *ประมวลสาระชุดการพัฒนา คักยภาพระบบบริการพยาบาล*. (พิมพ์ครั้งที่ 5) (หน่วยที่9), หน้า 5-15. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- (2559). แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนา คักยภาพระบบบริการพยาบาล. ใน *ประมวลสาระชุด ระบบสุขภาพและการบริการ* (พิมพ์ครั้งที่6).(หน่วยที่1),หน้า 7-8. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2551). *หลักการและการใช้วิจัยเชิงคุณภาพสำหรับทางการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่2). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ภัทรธิตา โภคาพันธ์, สงครามชัย ลีทองดี, และชาญชัย ดิกกะปัญญา. (2555). การพัฒนาคุณภาพระบบการจัดการความเสี่ยงด้านคลินิกตามมาตรฐานงานบริการ ผู้ป่วยในของพยาบาล โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 13,(2):38-48.
- รุจิรา ยมศรีเคน. (2550). *ความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กับคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ* (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- เรืองฤทธิ์ ศรีนัครินทร์. (2558). *คุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยนรีเวชกรรม โรงพยาบาลสกลนคร* (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- ลดาวัลย์ จันท์แจ่ง, และบุญทิพย์ สิริธรงค์ศรี. (2557). คุณภาพการบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ หอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลตราด. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิกโรงพยาบาลพระปกเกล้า*. 31,(4):281-295.
- ลดาวัลย์ รวมเมฆ, พัทยา แก้วสาร, และศิริรัตน์ จุมจะนะ. (2560). ผู้บริหารกับการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล. ใน *ประมวลสาระชุดวิชา สัมมนาประเด็นและแนวโน้มทางการบริหารการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 2)(หน่วยที่ 6)หน้า .32 - 35 นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- วชิราภรณ์ ภูมิเขต. (2556). *คุณภาพการให้บริการของคลินิกตาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช สระแก้ว อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว* (วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- วันเพ็ญ ศุภตระกูล, อภิญญา ศักดาศิริรัตน์, และดร.ชา รัตนดำรงอักษร. (2559). แนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยฟาร์อีสเทอร์น*. 10,(4): 234-247.

- วิมลพร ไสยวรรณ. (2545). *การพัฒนารูปแบบการบริหาร ความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมในหน่วยงาน อุบัติเหตุ และฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.*
- วิสารักร มดทอง, พรรณนิภา รักพาณิชย์, และอรุชา อำไพพิศ. (2556). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย ห้องตรวจอายุรกรรมงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์. ใน *การประชุมวิชาการและประชุมสามัญประจำปี 2556 สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. (หน้า 12-18). อุบลราชธานี.*
- ศากุล ช่างไม้. (2549). การประเมินแนวทางปฏิบัติเพื่อใช้ในการวิจัยและการประเมินผล. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน. 12,(1): 15-24.*
- ศูนย์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลพระจอมเกล้า. (2561). *รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง. สืบค้นเมื่อวันที่ 7 กันยายน 2563 จาก app.phrachomkloa.go.th.*
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2561ก). *มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4. นนทบุรี: หนังสือดีวัน.*
- (2561ข). *เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยของประเทศไทย พ.ศ.2561. นนทบุรี: เพ็ชส์ แอนด์ซัคเซสฟูล.*
- (2561ค). *เป้าหมายความปลอดภัยของบุคลากรสาธารณสุขของประเทศไทย พ.ศ.2561. นนทบุรี: เพ็ชส์แอนด์ซัคเซสฟูล.*
- สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์.(2556). *เครื่องมือประเมิน agree ฉบับภาษาไทย. สืบค้นเมื่อวันที่ 4 ธันวาคม.2561. จาก <https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/09/Thai-AGREE-II.pdf>.*
- สมหมาย จันทรอัมพร. (2553). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนา คุณภาพบริการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น, บุรีรัมย์.*
- สภาการพยาบาล. (2561). *ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง สมรรถนะหลักของผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีปริญญาโท ปริญญาเอก สาขาพยาบาลศาสตร์ หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลขั้นสูงระดับวุฒิบัตร และได้รับวุฒิบัตร/หนังสืออนุมัติแสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ และการพยาบาลเฉพาะทางสาขาพยาบาลศาสตร์. สืบค้นเมื่อวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2561จาก <https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/004.pdf>.*
- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, และอารี ชิวเกษมสุข. (2555). *แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการคุณภาพ.ในประมวลสาระชุดวิชาการจัดการ คุณภาพการพยาบาล (หน่วยที่ 2), หน้า 2-9. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.*

- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, และอภิญา จำปามูล. (2559). สมรรถนะผู้นำทางการพยาบาล. ใน *ประมวลสาระชุดวิชา การพัฒนาศักยภาพระบบบริการการพยาบาล*. (หน่วยที่ 12), หน้า 7-8. นนทบุรี: มหาวิทยาลัย สุโขทัยธรรมมาธิราช.
- อรรถัย ห้าวหาญ, ภูษิตา อนิทรประสงค์, และจุฑาธิป ศीलบุตร. (2559). ผลการพัฒนาแบบบันทึกการพยาบาล แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน. *วารสารกองการพยาบาล*. 43,(2):25-43.
- อรนนท์ ชาญยุทธ. (2557). กระบวนการพยาบาลและการนำไปใช้. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 15,(3):137-143.
- อะเคื้อ อุดมলেখกะ, สุชาดา เหลืองอาภาพงศ์, และจิตตาภรณ์ จิตรีเชื้อ. (2557). *การป้องกันการติดเชื้อดื้อยาในหอผู้ป่วย*. สืบค้นเมื่อวันที่ 4 สิงหาคม 2563 จาก <http://164.115.27.97/digital/files/original/f5903daddf05e49e5a697c701a475bca.pdf>.
- อารี ชิวเกษมสุข. (2555). การประเมินคุณภาพการพยาบาล. ใน *ประมวลสาระชุดวิชาการจัดการคุณภาพการพยาบาล* (หน่วยที่10), หน้า 10-15. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2549). *การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรรถัย ศิลป์ประกอบ, และวารุณี ยินดีโน. (2562). *การระบาดของเชื้อ Carbapenam – Resistant Enterobacteriaceae (CRE) ในหน่วยงานวิกฤตทารกแรกเกิด โรงพยาบาลปทุมธานี*. สืบค้นเมื่อวันที่ 4 กันยายน 2563 จาก www.tci-thaijo.org > pck > download.
- American College of Emergency Physicians. (2015). *Emergency department observation services*. Retrieved from <https://www.acep.org/globalassets/new-pdfs/policy-statements/emergency-department-observation-services.pdf>.
- Bryant-Lukosius, D., Spichiger, E., Martin, J., Stoll, H., Kellerhals, S. D., Fliedner, M., & Schwendimann, R. (2016). Framework for evaluating the impact of advanced practice nursing roles. *Journal of Nursing Scholarship*. 48,(2):201-209.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed?. *JAMA*, 260,(12):1743-1748.
- Finnigan, M.A., Marshall, S.D., & Flanagan, B.T. (2010). ISBAR for clear communication: One hospital's experience spreading the message. *Australian Health Review*. 34,(4):400-404.
- Gardner, G., Gardner, A., & O'Connell, J. (2014). Using the Donabedian framework to examine the quality and safety of nursing service innovation. *Journal of Clinical Nursing*. 23,(1-2):145-155. Retrieved from doi: 10.1111/jocn.12146.

- Ghaffari, F., Jahani Shourab, N., Jafamejad, F., & Esmaily, H. (2014). Application of Donabedian quality-of-care framework to assess the outcomes of preconception care in urban health centers, Mashhad, Iran in 2012. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*. 2,(1):50-59.
- Liu, Y., & Aunguroch, Y. (2018). Factors influencing nurse-assessed quality nursing care: A cross-sectional study in hospitals. *Journal of Advanced Nursing*.74,(4):935-945. Retrieved from doi/abs/10.1111/jan.13507.
- Marshall, S., Harrison, j., & Flanagan, B. (2009). The teaching of Structure tool improves the clarity and content of interprofessional clinical communication. *Quality and Safety in Health Care*. 18,(2):137-140.
- Napolitano, J.D., Saini, I., (2014). *Observation Units: Definition, History, Data, Financial Considerations, and Metrics*. Retrieved from <https://link.springer.com/article/10.1007/s40138-013-0038-y>.
- O' Shea DJ. (1988). *Relationship-building skills (7th ed)*. Boston: McGraw.
- Polit, D.F., Beck, C.T., & Owen, S.V. (2007). Focus on research methods: Is the CVI an acceptable indicator of content validity, Appraisal and recommendations. *Research in Nursing & Health*. 30,(4): 459-467.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2005). *Fundamental of nursing (6th ed)*. St.Louis: Mosby.
- Ross, M. A., Aurora, T., Graff, L., Suri, P., O'Malley, R., Ojo, A., & Clark, C. (2012). State of the art: Emergency department observation units. *Critical Pathways in Cardiology*.11,(3):128-138.
- Ross, M. A., Hockenberry, J. M., Mutter, R., Barrett, M., Wheatley, M., & Pitts, S. R. (2013). Protocol-driven emergency department observation units offer savings, shorter stays, and reduced admissions. *Health Affairs*. 32,(12):2149-2156.
- State of Victoria, Department of Health and Human Services. (2017). *Guidelines for emergency department short stay units*. Retrieved from <https://www2.health.vic.gov.au/hospitals-and-health-services/patient-care/acute-care/emergency-care/models-of-care/observation-medicine>.
- Waltz, C., Strickland, O. L., & Lenz, E. (2017). *Measurement in nursing and health research. (5thed.)*.New York, NY: Springer.

ภาคผนวก



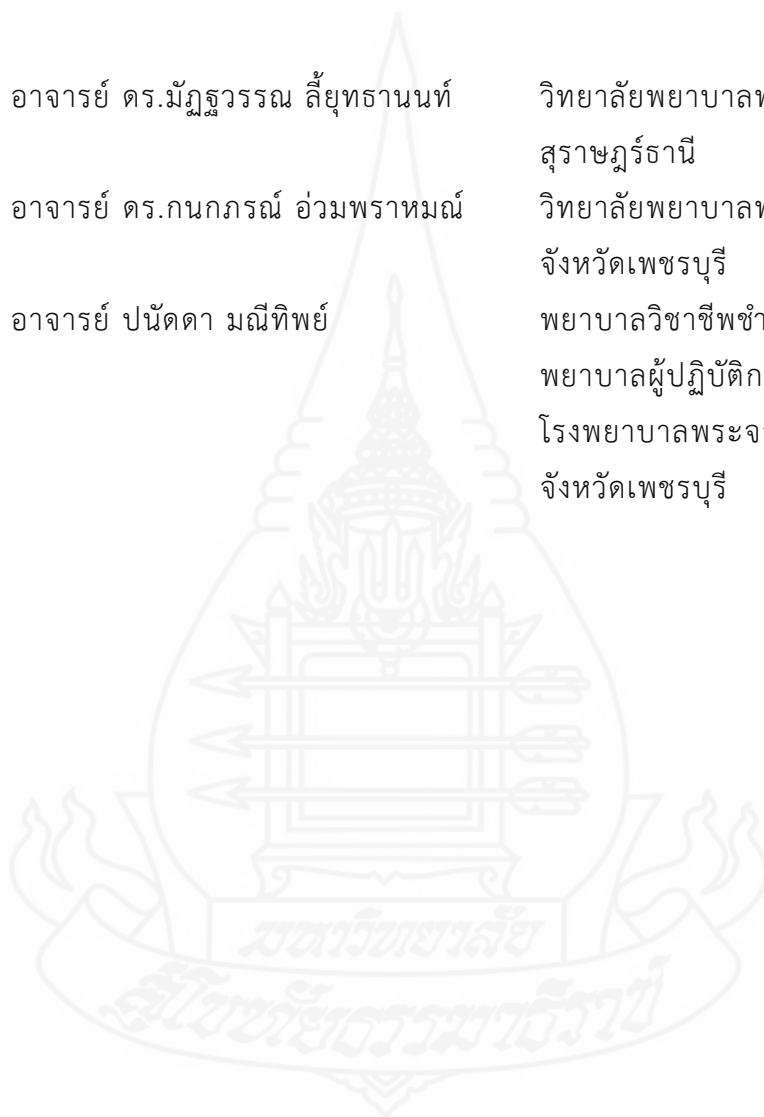
ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

1. รองศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล ที่ปรึกษาด้านวิชาการ ฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลศิริราช
2. อาจารย์ ดร. กัญญาณัฐ สาทกธรณ์ธัญย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
นเรศวร
3. อาจารย์ ดร.มัญจวรรณ ลียุทธานนท์ วิทยาลัยพยาบาลพระบรมราชชนนี
สุราษฎร์ธานี
4. อาจารย์ ดร.กนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า
จังหวัดเพชรบุรี
5. อาจารย์ ปนัดดา มณีทิพย์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง (APNs)
โรงพยาบาลพระจอมเกล้า
จังหวัดเพชรบุรี



ภาคผนวก ข
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์





คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

โครงการวิจัย: การพัฒนาระบบบริการพยาบาล หน่วยสังเกตอาการ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) The Development of a Nursing Service system at Observation Unit
in Phrachomklao Hospital.

ผู้วิจัยหลัก : น.ส.วรรณิภา เจริญศรี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

สถานที่ดำเนินการวิจัย: โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

เอกสารที่พิจารณา:

1. บันทึกข้อความ
2. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองฯ
3. ประวัติผู้วิจัย
4. เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย
5. เอกสารแสดงความยินยอม
6. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล
7. โครงร่างการวิจัยฉบับสมบูรณ์

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีได้พิจารณาโครงการแล้ว คณะกรรมการฯ รับทราบและพิจารณาในแง่จริยธรรม อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นได้ ทั้งนี้โดยยึดตามเอกสารฉบับภาษาไทยเป็นหลัก อนึ่งท่านต้องรายงานสถานะของโครงการให้คณะกรรมการฯ ทราบเพื่อขออนุมัติดำเนินโครงการต่อจนกว่าจะหมดอายุโครงการ

.....  ประธานคณะกรรมการ

(นายวิทยา เพ็ชรดาชัย)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

วันที่ประชุม 3 กุมภาพันธ์ 2563

รับรองตั้งแต่วันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2563 ถึงวันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2564

เงื่อนไขการอนุมัติ

1. ผู้วิจัยรับทราบว่าเป็นการผิดจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยจะต้องยุติเพื่อขอต่ออายุ และต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบบินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยเฉพาะที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยฯ
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงาน คณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการเสร็จสิ้น
8. เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย ได้ผลการวิจัยเป็นอย่างไร หรือได้เผยแพร่ผลงานวิจัย หรือได้นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์อย่างไรบ้าง โปรดรายงานให้คณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ได้ทราบ



ภาคผนวก ค

ตัวอย่างประเด็นคำถามในการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มกับผู้ให้ข้อมูลหลัก



เครื่องมือชุดที่ 1 ประเด็นคำถามเกี่ยวกับสถานการณ์และแนวทางการให้บริการหน่วยสังเกตอาการใช้สำหรับกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน

แนวคิด ทฤษฎี/ ความหมาย	ประเด็นการสัมภาษณ์
<p>ผู้วิจัยได้นำ 3 แนวคิดที่เกี่ยวข้องบูรณาการร่วมกัน ได้แก่</p> <p>1) แนวคิดของโตนาบิเดียน 2) แนวทางการจัดบริการหน่วยสังเกตอาการตามคู่มือแนวทางการจัดบริการห้องฉุกเฉินที่เหมาะสมกับระดับศักยภาพสถานพยาบาล Part 3 Guideline ER Service Delivery 3)มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่4 (Hospital and Healthcare Standrads 4thEdition, 2018) และความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข Patient and Personnel Safety (2P Safety) เพื่อใช้เป็นกรอบในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล ดังนี้</p> <p>1. ด้านโครงสร้าง (Structure) คือ คุณลักษณะและแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ ภายในองค์กรซึ่งครอบคลุมปัจจัยนำเข้าและการจัดการความสัมพันธ์ของปัจจัยนำเข้าให้มีคุณภาพพร้อมเข้าสู่กระบวนการทำงาน ได้แก่ 1) อาคารสถานที่/ สิ่งแวดล้อม 2) บุคลากรทางการพยาบาล 3) เครื่องมือ/ อุปกรณ์ทางการแพทย์ และ4) เกณฑ์การรับผู้ป่วย/ แนวทางการรับ/ย้าย/และจำหน่ายผู้ป่วย ประเมินส่วนที่เกี่ยวข้องกับสิ่งเอื้ออำนวยความสะดวก ปริมาณทรัพยากร รวมทั้งการบริหารจัดการ การกำหนดมาตรฐานเชิงโครงสร้างที่เกี่ยวข้องกับจำนวน และลักษณะที่เป็นองค์ประกอบเพื่อให้บริการพยาบาลมีคุณภาพ</p>	<p>ท่านมีความคิดเห็นหรือพบประเด็นปัญหาในเรื่องต่อไปนี้หรือไม่อย่างไร และหากพบประเด็นปัญหา มีข้อเสนอแนะหรือแนวทางการพัฒนาอย่างไร</p> <p>1. พื้นที่การให้บริการของหอผู้ป่วย หน่วยสังเกตอาการ มีความเหมาะสมหรือไม่ อย่างไร เช่น การแบ่งพื้นที่ภายในระหว่างหอผู้ป่วยตาคอฉุกเฉินและหน่วยสังเกตอาการ, การแบ่งเขตพื้นที่ ชายหญิง, การแบ่งเขตพื้นที่ติดเชื้อ, การแบ่งพื้นที่สำหรับnurse station ,สถานที่พักของญาติ, ห้องน้ำ</p> <p>2.....</p> <p>3.....</p> <p>4.....</p> <p>5.....</p> <p>6.....</p>
	<p>7.เกณฑ์ในการรับผู้ป่วยที่หน่วยสังเกตอาการในปัจจุบันมีความเหมาะสมหรือไม่ อย่างไร เช่น ประเภทของผู้ป่วยจำนวนเตียง ระยะเวลาอน การรับใหม่ การรับย้ายผู้ป่วย การย้ายผู้ป่วยมีคู่มือหรือแผนปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษร.....</p>

แนวคิด ทฤษฎี/ ความหมาย	ประเด็นการสัมภาษณ์
<p>2. ด้านกระบวนการ (Process) เป็นกิจกรรมต่าง ๆ ที่ผู้ให้บริการปฏิบัติต่อผู้รับบริการ รวมถึงการบริหารจัดการเพื่อให้ผลจากการปฏิบัติกิจกรรมเหล่านั้น ก่อให้เกิดผลดีแก่ผู้รับบริการ เป็นมาตรฐานที่เน้นผู้ให้บริการ</p> <p>2.1 ปฏิบัติการโดยใช้กระบวนการพยาบาล</p> <p>2.2 การรักษาสิทธิผู้ป่วย จริยธรรมและจรรยาบรรณ วิชาชีพ</p> <p>2.3 การพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล มีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลให้ถูกต้องเหมาะสม</p> <p>2.4 การจัดการดูแลต่อเนื่อง ร่วมกับทีมสุขภาพผู้รับบริการ ครอบครัวหรือผู้เกี่ยวข้อง</p> <p>2.5 การบันทึกและรายงานการพยาบาล</p> <p>2.6 การป้องกันและการจัดการความเสี่ยง</p>	<p>8. การปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยสังเกต อาการ มีความเหมาะสมหรือไม่ อย่างไร เช่น การประเมินอาการของผู้ป่วย การวางแผน ปฏิบัติการพยาบาล ประเมิน ผลลัพธ์ การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์/ ผลงานวิจัยมาใช้ในการปฏิบัติการ ครอบครัว+ ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาทีมสหวิชาชีพมีส่วนร่วมในการรักษา)</p> <p>9.....</p> <p>10.....</p> <p>11.....</p> <p>12.....</p> <p>13.....</p> <p>14. การปฏิบัติการพยาบาลและการป้องกัน ความเสี่ยงที่สำคัญมีเรื่องใดบ้าง และปฏิบัติอย่างไร (เช่น เรื่องการควบคุมการติดเชื้อ, การพลัดตกหกล้ม)</p>
<p>3.ด้านผลลัพธ์ (Result) เป็นการประเมินผลที่เกิดจากการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ให้บริการ หรือเป็นการวัดผลจากการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ให้บริการที่เกิดกับผู้รับบริการ พฤติกรรมของผู้ใช้บริการที่ประเมินได้ควรออกมาเป็นทางบวก เช่น ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ผู้ป่วยมีอาการปวดน้อยลง เป็นต้นมักจะประเมินภายหลังการให้บริการสุขภาพแล้ว การประเมินผลลัพธ์</p>	<p>15. ผลลัพธ์ของการให้บริการพยาบาลในหน่วยสังเกตอาการเป็นไปตามตัวชี้วัดหรือไม่อย่างไรบ้าง เช่น อุบัติการณ์ทางคลินิก อัตราการติดเชื้อ การพลัดตกหกล้ม ความพึงพอใจ ข้อร้องเรียน</p> <p>16.....</p>

เครื่องมือชุดที่ 2 ประเด็นคำถามเกี่ยวกับสถานการณ์และแนวทางการให้บริการหน่วย
สังเกตอาการใช้สำหรับผู้บริหาร

แนวคิด ทฤษฎี/ ความหมาย	ประเด็นการสัมภาษณ์
<p>ผู้วิจัยได้นำ 3 แนวคิดที่เกี่ยวข้องมาบูรณาการ ได้แก่ 1) แนวคิดของโดนาปีเดียน 2) แนวทางการจัดบริการหน่วยสังเกตอาการตามคู่มือแนวทางการจัดบริการห้องฉุกเฉินที่เหมาะสมกับระดับศักยภาพสถานพยาบาล Part 3 Guideline ER Service Delivery 3) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่4 (Hospital and Healthcare Standrads 4thEdition, 2018) และความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข Patient and Personnel Safety (2P Safety) ดังนี้</p> <p>1. ด้านโครงสร้าง (Structure) คือ คุณลักษณะและแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ ภายในองค์กรซึ่งครอบคลุมปัจจัยนำเข้าและการจัดการความสัมพันธ์ของปัจจัยนำเข้าให้มีคุณภาพพร้อมเข้าสู่กระบวนการทำงาน ได้แก่ 1) อาคารสถานที่/สิ่งแวดล้อม 2) บุคลากรทางการแพทย์ 3) เครื่องมือ/อุปกรณ์ทางการแพทย์ และ4) เกณฑ์การรับผู้ป่วย/ แนวทางการรับ/ย้าย/และจำหน่ายผู้ป่วย ประเมินส่วนที่เกี่ยวข้องกับสิ่งเอื้ออำนวยความสะดวก ปริมาณทรัพยากร รวมทั้งการบริหารจัดการ การกำหนดมาตรฐานเชิงโครงสร้างที่เกี่ยวข้องกับจำนวน และลักษณะที่เป็นองค์ประกอบเพื่อให้บริการพยาบาลมีคุณภาพ</p>	<p>ท่านมีความคิดเห็นหรือพบประเด็นปัญหาในเรื่องต่อไปนี้อย่างไร และหากพบประเด็นปัญหามีข้อเสนอแนะหรือแนวทางการพัฒนาอย่างไร</p> <p>1. พื้นที่การให้บริการของหอผู้ป่วย หน่วยสังเกตอาการ มีความเหมาะสมหรือไม่อย่างไร เช่น การแบ่งพื้นที่ภายในระหว่างหอผู้ป่วยตาคอกจุกและหน่วยสังเกตอาการ, การแบ่งเขตพื้นที่ ชายหญิง, การแบ่งเขตพื้นที่ติดเชื้อ, การแบ่งพื้นที่สำหรับ nurse station ,สถานที่พักของญาติ, ห้องน้ำ</p> <p>2.....</p> <p>3.....</p> <p>4.....</p> <p>5.....</p> <p>6.....</p> <p>7.เกณฑ์ในการรับผู้ป่วยที่หน่วยสังเกตอาการในปัจจุบัน มีความเหมาะสมหรือไม่ อย่างไร เช่น ประเภทของผู้ป่วย จำนวนเตียง ระยะเวลาอนการรับใหม่ การรับย้ายผู้ป่วย การย้ายผู้ป่วย มีคู่มือหรือแนวปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษร</p>

แนวคิด ทฤษฎี/ ความหมาย	ประเด็นการสัมภาษณ์
<p>2. ด้านกระบวนการ (Process) เป็นกิจกรรมต่าง ๆ ที่ผู้ให้บริการปฏิบัติต่อผู้รับบริการ รวมถึงการบริหารจัดการเพื่อให้ผลจากการปฏิบัติกิจกรรมเหล่านั้นก่อให้เกิดผลดีแก่ผู้ใช้บริการ เป็นมาตรฐานที่เน้นผู้ให้บริการ</p> <p>2.1 ปฏิบัติการโดยใช้กระบวนการพยาบาล</p> <p>2.2 การรักษาสิทธิผู้ป่วย จริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ</p> <p>2.3 การพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล มีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลให้ถูกต้องเหมาะสม</p> <p>2.4 การจัดการดูแลต่อเนื่อง ร่วมกับทีมสุขภาพ ผู้รับบริการครอบครัวหรือผู้เกี่ยวข้อง</p> <p>2.5 การบันทึกและรายงานการพยาบาล</p> <p>2.6 การป้องกันและการจัดการความเสี่ยง</p>	<p>8.การปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยสังเกตอาการเป็นอย่างไร มีนโยบาย/การสนับสนุน/พัฒนา/ประเมินการปฏิบัติการพยาบาล มีความเหมาะสมหรือไม่ อย่างไร เช่น การใช้กระบวนการพยาบาล การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์/ผลงานวิจัยมาใช้ในการปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมของครอบครัว+ผู้รับบริการในการวางแผนการรักษา ทีมสหวิชาชีพมีส่วนร่วมในการรักษา เครือข่ายในการรักษา</p> <p>9.....</p> <p>10.....</p> <p>11.....</p> <p>12.....</p> <p>13.....</p> <p>14.....</p>
<p>3. ด้านผลลัพธ์ (Result) เป็นการประเมินผลที่เกิดจากการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ให้บริการ หรือเป็นการวัดผลจากการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ให้บริการที่เกิดกับผู้รับบริการ พฤติกรรมของผู้ใช้บริการที่ประเมินได้ควรออกมาเป็นทางบวก เช่น ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ผู้ป่วยมีอาการปวดน้อยลง</p>	<p>15 ผลลัพธ์ของการให้บริการพยาบาลในหน่วยสังเกตอาการเป็นไปตามตัวชี้วัดหรือไม่ อย่างไร เช่น อุบัติการณ์ทางคลินิก อัตราการติดเชื้อ การพลัดตกหกล้ม ความพึงพอใจ ข้อร้องเรียน</p> <p>16.....</p>

เครื่องมือชุดที่ 3 ประเด็นคำถามเกี่ยวกับสถานการณ์และแนวทางการให้บริการหน่วยสังเกต
อาการใช้สำหรับกลุ่มผู้รับบริการ

แนวคิด ทฤษฎี/ ความหมาย	ประเด็นการสัมภาษณ์
<p>ผู้วิจัยได้นำ 3 แนวคิดที่เกี่ยวข้องมาบูรณาการ ได้แก่</p> <p>1) แนวคิดของโตนาบิเดียน 2) แนวทางการจัดบริการหน่วยสังเกตอาการตามคู่มือแนวทางการจัดบริการห้องฉุกเฉินที่เหมาะสมกับระดับศักยภาพสถานพยาบาล Part 3 Guideline ER Service Delivery 3) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 4 (Hospital and Healthcare Standards 4th Edition, 2018) และความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข Patient and Personnel Safety (2P Safety) ดังนี้</p> <p>1. ด้านโครงสร้าง (Structure) คือ คุณลักษณะและแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ ภายในองค์กรซึ่งครอบคลุมปัจจัยนำเข้า และการจัดการความสัมพันธ์ของปัจจัยนำเข้าให้มีคุณภาพพร้อมเข้าสู่กระบวนการทำงาน ได้แก่ 1) อาคารสถานที่/ สิ่งแวดล้อม 2) บุคลากรทางการแพทย์ และ 4) เกณฑ์การรับผู้ป่วย/ แนวทางการรับ/ย้าย/และจำหน่ายผู้ป่วย ประเมินส่วนที่เกี่ยวข้องกับสิ่งเอื้ออำนวย ความสะดวก ปริมาณทรัพยากร รวมทั้งการบริหารจัดการ การกำหนดมาตรฐานเชิงโครงสร้างที่เกี่ยวข้องกับจำนวน และลักษณะที่เป็นองค์ประกอบเพื่อให้บริการพยาบาลมีคุณภาพ</p>	<p>ท่านมีความคิดเห็นหรือพบประเด็นปัญหาในเรื่องต่อไปนี้หรือไม่อย่างไร และหากพบประเด็นปัญหา มีข้อเสนอแนะหรือแนวทางการพัฒนาอย่างไร</p> <p>1. ท่านพอใจกับการจัดพื้นที่ภายในหอผู้ป่วยของหน่วยสังเกตอาการหรือไม่อย่างไร เช่น การแยกโซนสะอาด-สกปรก, การแบ่งโซนชายหญิง, ความเป็นส่วนตัว หรือการเปิดเผย, สถานที่พักของญาติ, จำนวนห้องน้ำ</p> <p>2.....</p> <p>3.....</p> <p>4.....</p> <p>5.....</p> <p>6.....</p> <p>7. ท่านสังเกตว่า</p> <p>8.....</p>

แนวคิด ทฤษฎี/ ความหมาย	ประเด็นการสัมภาษณ์
<p>2. ด้านกระบวนการ (Process) เป็นกิจกรรมต่าง ๆ ที่ผู้ให้บริการปฏิบัติต่อผู้รับบริการ รวมถึงการบริหารจัดการเพื่อให้ผลจากการปฏิบัติกิจกรรมเหล่านั้นก่อให้เกิดผลดีแก่ผู้ใช้บริการ เป็นมาตรฐานที่เน้นผู้ให้บริการ</p> <p>2.1 ปฏิบัติการโดยใช้กระบวนการพยาบาล</p> <p>2.2 การรักษาสีทธิผู้ป่วย จริยธรรมและจรรยาบรรณ วิชาชีพ</p> <p>2.3 การพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล มีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลให้ถูกต้องเหมาะสม</p> <p>2.4 การจัดการดูแลต่อเนื่อง ร่วมกับทีมสุขภาพ ผู้รับบริการครอบครัวหรือผู้เกี่ยวข้อง</p> <p>2.5 การบันทึกและรายงานการพยาบาล</p> <p>2.6 การป้องกันและการจัดการความเสี่ยง</p>	<p>9. เมื่อท่านมีอาการเจ็บป่วย ท่านและครอบครัวได้รับการประเมินอาการ เช่น การซักถามอาการสำคัญ ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการใช้ยา การแพ้ยา ประวัติการผ่าตัด การตรวจร่างกาย และมีสิทธิหรือร่วมการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาอาการเจ็บป่วยของท่านหรือไม่ อย่างไรบ้าง และท่านมีข้อเสนอแนะที่ต้องการให้ปรับปรุงอะไรบ้าง</p> <p>10.....</p> <p>11.....</p> <p>12.....</p> <p>13.....</p> <p>14.....</p> <p>15.....</p>
<p>3. ด้านผลลัพธ์ (Result) เป็นการประเมินผลที่เกิดจากการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ให้บริการ หรือเป็นการวัดผลจากการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ให้บริการที่เกิดกับผู้รับบริการ พฤติกรรมของผู้ใช้บริการที่ประเมินได้ควรออกมาเป็นทางบวก เช่น ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ผู้ป่วยมีอาการปวดน้อยลง เป็นต้นมักจะประเมินภายหลังการให้บริการสุขภาพแล้ว การประเมินผลลัพธ์</p>	<p>16. โดยรวมท่านมีความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับจากหน่วยสังเกตอาการด้านใดบ้าง เช่น อาการของท่านดีขึ้น/หาย/ทุเลา, อาการแทรกซ้อน/หรือมีอาการอื่นเพิ่มจากครั้งแรกที่มา, ท่านได้รับการ/แก้ไขปัญหภายในเวลาอันรวดเร็ว, ท่านรู้สึกสุขสบายใจ+กาย ขณะนอนพักรักษาตัวอยู่ในหน่วยสังเกตอาการ และบุคลากรที่ท่านพอใจในการให้บริการมากที่สุดคือใครและเขาปฏิบัติต่อท่านอย่างไรจึงทำให้ท่านพึงพอใจ</p>

ภาคผนวก ง

ตัวอย่างแบบประเมินความเหมาะสมระบบบริการหน่วยสังเกตอาการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า



เครื่องมือ แบบประเมินความเหมาะสมของระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ

ประยุกต์จากเครื่องมือการประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล AGREE II (Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II: AGREE II) ฉบับภาษาไทย 2556

ความเหมาะสมของระบบบริการพยาบาล หน่วยสังเกตอาการ	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ							ข้อเสนอแนะ
	7	6	5	4	3	2	1	
1. ระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการที่พัฒนาขึ้นมีวัตถุประสงค์ชัดเจน								
2.....								
3.....								
4.....								
5.....								
6. ระบบบริการที่พัฒนาระบุขั้นตอนและวิธีการที่สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติจริงได้								



ภาคผนวก จ

ตัวอย่างการตรวจความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5



CVI รายข้อ เครื่องมือชุดที่1-4 (ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน)

ข้อ คำถาม	เครื่องมือชุดที่1		เครื่องมือชุดที่2		เครื่องมือชุดที่3		เครื่องมือชุดที่4	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
1	1		1		1		1	
2	1		1		1		1	
3	1		1		0.8	ปรับข้อ คำถาม	1	ปรับข้อ คำถาม
4	1		1	เพิ่มข้อคำถาม และปรับข้อ คำถามอีก1 ข้อ	1		1	ตัดออกรวม กับข้อ3
5	0.8	ปรับข้อ คำถาม	1		1		1	ตัดออก
6	1		1		0.8	ตัดออก	1	
7	1		1		1		1	ตัดออก
8	1		1		1		1	ตัดออก
9	1		1		0.8	ปรับข้อ คำถาม	0.8	ปรับข้อ คำถาม
10	1		1	ปรับข้อคำถาม	0.8	ตัดออก	0.8	ตัดออก
11	1		1	ตัดออก	1		1	ตัดออก
12	1		1		1		1	ตัดออก
13	1		1	ปรับข้อคำถาม	0.8	ปรับข้อ คำถาม	1	
14	1	ตัดออก รวมกับ ข้อที่14	1	ตัดออก	0.8	ปรับข้อ คำถาม	1	ตัดออก
15	0.8	ปรับข้อ คำถาม	0.8	0.8	0.8	ตัดออก		
16	0.8	ตัดออก	1	ปรับข้อคำถาม เพิ่มข้อคำถาม อีก 1 ข้อ	1			
17	0.8	ตัดออก			0.6	ปรับข้อ คำถาม		
18	1				0.6	ปรับข้อ คำถาม		

ชื่อ คำถาม	เครื่องมือชุดที่1		เครื่องมือชุดที่2		เครื่องมือชุดที่3		เครื่องมือชุดที่4	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
19					0.6	ตัดออก		
20					0.8	ปรับข้อ คำถาม		
จำนวน ข้อ	18	15	16	16	20	16	14	6
Ave	0.95	0.97	0.98	0.98	0.86	0.88	0.97	0.96



ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาววรรณิภา เจริญศรี
วัน เดือน ปีเกิด	17 มีนาคม 2515
สถานที่เกิด	อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี
ประวัติการศึกษา	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี พ.ศ.2533
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี อำเภอเมือง จังหวัด เพชรบุรี
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

