

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการจัดทำโครงการศึกษาแบบประเมินคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัด โรงพยาบาลศรีวิชัย 3 สมุทรสาคร ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าตำรา ทบทวนเอกสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาแบบประเมินคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัด โดยครอบคลุมหัวข้อต่าง ๆ และได้จัดแบ่งเนื้อหาและนำเสนอตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 การบริหารจัดการโรงพยาบาลศรีวิชัย 3 สมุทรสาคร และหน่วยงานห้องผ่าตัด

ตอนที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัด

- 2.1 การพยาบาลผ่าตัด
- 2.2 คุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัด
- 2.3 การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด

ตอนที่ 3 แนวคิดเกี่ยวกับเครื่องชี้วัดคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัด

- 3.1 ความหมายของเครื่องชี้วัดคุณภาพ
- 3.2 ประเภทของเครื่องชี้วัดคุณภาพ
- 3.3 เกณฑ์ในการเลือกเครื่องชี้วัดคุณภาพ
- 3.4 เครื่องชี้วัดคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัด

ตอนที่ 4 โครงการศึกษาแบบประเมินคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัด

- 4.1 แบบประเมินคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัด
- 4.2 ขั้นตอนและวิธีการสร้างแบบประเมินคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัด
- 4.3 การประเมินโครงการศึกษาแบบประเมินคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัด
- 4.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ตอนที่ 1 การบริหารจัดการโรงพยาบาลศรีวิชัย 3 สมุทรสาคร และหน่วยงานห้องผ่าตัด

โรงพยาบาลศรีวิชัย 3 เป็นโรงพยาบาลเอกชนที่มีขนาด 200 เตียง ก่อตั้งเมื่อวันที่ 17 ธันวาคม พ.ศ. 2536 ตั้งอยู่ ณ เลขที่ 74/5 หมู่ 4 ถนนเพชรเกษม ตำบลอ้อมน้อย อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร เปิดให้บริการรักษาผู้ป่วยทั่วไป โดยแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิทุกสาขา ตลอดจนพยาบาล และบุคลากรด้านอื่น ๆ ที่มีความรู้ความสามารถให้การดูแลรักษาอย่างใกล้ชิด โดยมุ่งเน้นที่การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการตามมาตรฐานสากล โรงพยาบาลศรีวิชัย 3 ได้เข้าร่วมเป็นโรงพยาบาลคู่สัญญาหลักกับสำนักงานประกันสังคม ในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยในโครงการประกันสังคมตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เมื่อปี พ.ศ. 2536 และได้การรับรองมาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลระบบ ISO 9002: 1994 เมื่อวันที่ 11 ตุลาคม พ.ศ. 2543

โรงพยาบาลศรีวิชัย 3 มุ่งเน้นให้บริการด้านการรักษาพยาบาล ตลอดจนการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และมีศูนย์รับผู้ป่วยอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน เพื่อให้สามารถช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วยได้ทันเวลาที่ โดยยึดหลักคุณภาพ คุณธรรม ความพึงพอใจ ด้วยคำขวัญที่ว่า “ดูแล รักษา คุณอย่างอบอุ่น และมั่นใจ” โดยมีนโยบายคุณภาพ พันธกิจ แนวทางปฏิบัติเพื่อการบรรลุพันธกิจ และสายการบังคับบัญชา ดังนี้

นโยบายคุณภาพ โรงพยาบาลศรีวิชัย 3 มีความมุ่งมั่นที่จะให้บริการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ ตามมาตรฐานสากล เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับความพึงพอใจ

พันธกิจ มุ่งมั่นให้บริการด้านการรักษาพยาบาลด้วยคุณภาพ มาตรฐานวิชาชีพ และเอื้ออาทรต่อผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการรักษาพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดความพึงพอใจในบริการ

แนวทางปฏิบัติเพื่อบรรลุพันธกิจ

1. ปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง
2. ให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉิน
3. ตั้งใจปฏิบัติงานด้วยความขยัน อดทน สุขุมรอบคอบ พิถีพิถัน ซื่อสัตย์ และทำงานเป็นทีม
4. ร่วมกันรักษาไว้ซึ่งบรรยากาศในการทำงานด้วยความอบอุ่น เคารพ ให้เกียรติซึ่งกันและกัน
5. ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรโดยจัดให้มีการฝึกอบรม

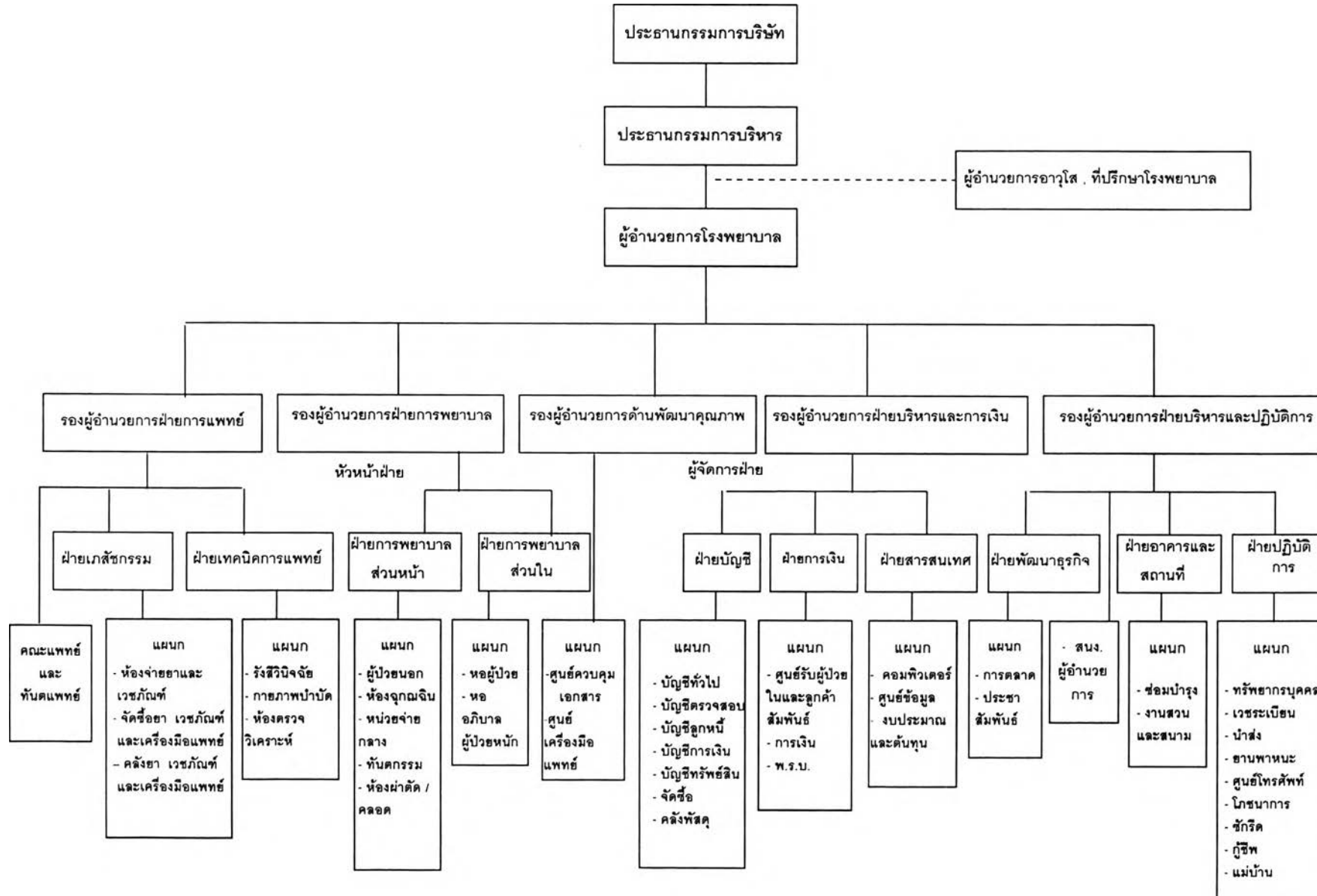
ตามความต้องการของหน่วยงาน

โครงสร้างและสายการบังคับบัญชา โรงพยาบาลศรีวิชัย 3 สมุทรสาคร และหน่วยงานห้องผ่าตัด

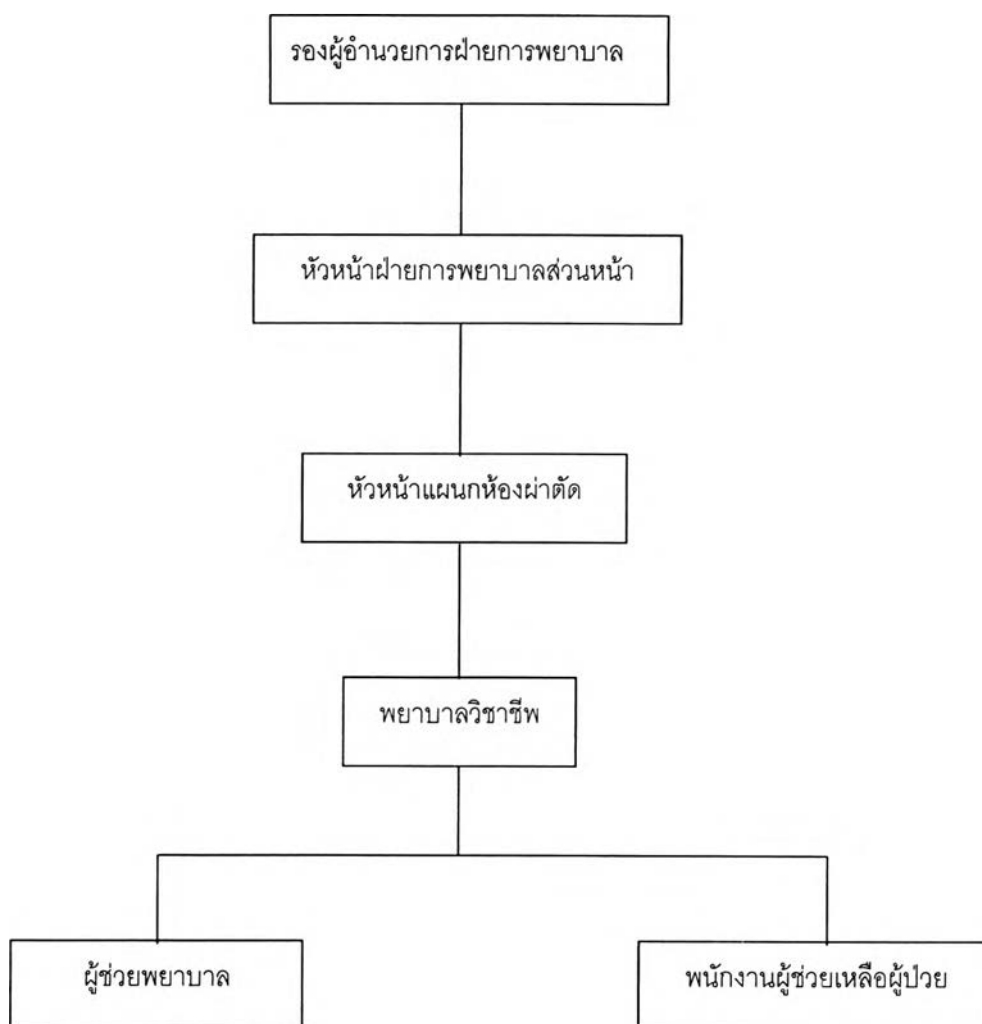
สายการบังคับบัญชาโรงพยาบาลศรีวิชัย 3 สมุทรสาคร ประกอบด้วยผู้บริหารระดับสูง ได้แก่ ประธานกรรมการบริษัท ประธานกรรมการบริหาร ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และมีรองผู้อำนวยการฝ่ายต่าง ๆ ทั้งหมด 5 ฝ่าย ได้แก่ รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาคุณภาพ รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหารและการเงิน และรองผู้อำนวยการฝ่ายบริหารและปฏิบัติการ ในส่วนของฝ่ายการพยาบาลจะขึ้นตรงกับรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล และจะมีหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล 2 ฝ่าย คือ 1) หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลส่วนใน ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบดูแลในแผนกหอผู้ป่วยใน และหออภิบาลผู้ป่วยหนัก และ 2) หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลส่วนหน้า ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบดูแลในแผนกหอผู้ป่วยนอก ห้องฉุกเฉิน หน่วยจ่ายกลาง ทันตกรรม ห้องผ่าตัดและห้องคลอด

หน่วยงานห้องผ่าตัดมีสายการบังคับบัญชาขึ้นตรงกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลส่วนหน้า โดยขึ้นตรงต่อรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล ตามลำดับ ในส่วนของบุคลากรห้องผ่าตัดนั้น ประกอบด้วยหัวหน้าห้องผ่าตัด จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพประจำการ จำนวน 1 คน ผู้ช่วยพยาบาล จำนวน 2 คน และพนักงานผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย จำนวน 8 คน

แผนภูมิที่ 1 สายบังคับบัญชาของโรงพยาบาลศรีวิชัย 3 สมุทรสาคร



แผนภูมิที่ 2 สายบังคับบัญชาหน่วยงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศรีวิชัย 3 สมุทรสาคร



การบริการห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศรีวิชัย 3 สมุทรสาคร

โรงพยาบาลศรีวิชัย 3 มีห้องผ่าตัดทั้งหมด 4 ห้อง มีขอบเขตความรับผิดชอบในการให้บริการผ่าตัดตลอด 24 ชั่วโมง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ใช้บริการผ่าตัดได้ทั้งภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน มีความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และการติดเชื้อจากการผ่าตัด โดยให้บริการพยาบาลผ่าตัดอย่างมีคุณภาพ ถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ โดยสอดคล้องกับนโยบายคุณภาพของโรงพยาบาลศรีวิชัย 3 สมุทรสาคร

ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด ในหน่วยงานห้องผ่าตัด ปี พ.ศ. 2544 มีจำนวนทั้งสิ้น 2,313 ราย ซึ่งเฉลี่ยเดือนละ 193 ราย ผู้ป่วยที่มาใช้บริการส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยทางด้านออโรปิติกส์ และศัลยกรรมทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 81 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่มารับการผ่าตัด โดยเฉลี่ย 156 ราย ต่อเดือน (สถิติจำนวนผู้ป่วย ในหน่วยงานห้องผ่าตัด พ.ศ. 2544)

ลักษณะการปฏิบัติงานของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศรีวิชัย 3 สมุทรสาคร เป็นเวร 12 ชั่วโมง คือเวรเช้า เวลาปฏิบัติงาน 07.00-19.00 น. และเวรดึก เวลาปฏิบัติงาน 19.00-07.00 น. หน้าที่ความรับผิดชอบที่ได้รับมอบหมายตามคำบรรยายลักษณะงาน (Job description) ของพยาบาลห้องผ่าตัด ได้แก่ การจัดเตรียมและตรวจสอบความพร้อมของห้องผ่าตัดให้พร้อมใช้งาน ตรวจสอบระบบงานในแผนกและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น การบริหารพัสดุเวชภัณฑ์ยา เครื่องมือแพทย์ และวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้มีจำนวนเพียงพอและอยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน การประสานงานกับแผนกอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง การควบคุม การมอบหมายงาน การดูแลบุคลากรในทีมพยาบาลในการให้บริการผู้ป่วยตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพ วางแผนและปฏิบัติตามแผนการพยาบาลผู้ป่วยทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด รวมทั้งให้คำปรึกษาและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ

ในการเฝ้าติดตาม หรือการเก็บรวบรวมข้อมูล หรือการบันทึกสถิติ ซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดที่สำคัญเกี่ยวกับการบริการพยาบาลผ่าตัดนั้น ยังไม่มีแบบประเมินคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัดที่แน่นอน ชัดเจน และเป็นมาตรฐานเดียวกัน สำหรับใช้เป็นแนวทางในการติดตาม ประเมินผลคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัด ดังนั้นจึงควรมีแบบประเมินคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัดที่ดีและเหมาะสม เพื่อให้ทีมพยาบาลห้องผ่าตัดสามารถใช้เป็นแนวทางในการติดตาม ประเมินผลคุณภาพบริการพยาบาล และพัฒนาสมรรถนะการดำเนินงานของหน่วยงานห้องผ่าตัด และประยุกต์ใช้ในการวางแผน การพัฒนา และปรับปรุงคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัด เพื่อให้มีการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่องต่อไป และตอบสนองต่อความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการให้มากที่สุด

ตอนที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัด

2.1 การพยาบาลผ่าตัด

การพยาบาลผ่าตัด (Perioperative nursing) หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลโดยพยาบาลวิชาชีพในสถานที่ที่มีการผ่าตัดทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ซึ่งคุณภาพการพยาบาลในห้องผ่าตัดจะต้องครอบคลุม ทั้ง 3 ระยะของการผ่าตัด คือระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด หรือตั้งแต่ผู้ป่วยรอผ่าตัดในห้องผ่าตัดจนกระทั่งผ่าตัดเสร็จ ปลอดภัย และส่งกลับบ้านหรือหออผู้ป่วยได้ (พินิจ ปริษานนท์ และอัญชลี นวลคล้าย, 2540) โดยให้การดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการการผ่าตัดในห้องผ่าตัดทั้งปกติและฉุกเฉิน จึงเป็นการดูแลผู้ป่วยทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เพื่อให้การรักษาด้วยวิธีผ่าตัดได้ผลดี บาดแผลผ่าตัดไม่มีการติดเชื้อ และปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับกัญญา ออประเสริฐ (2540) ที่กล่าวไว้ว่าการพยาบาลในห้องผ่าตัดต้องมีการประเมินสภาพผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ กำหนดปัญหาผู้ป่วยตามลำดับ และการให้การพยาบาลตามปัญหาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยใช้ความรู้เกี่ยวกับหลักการและเทคนิคปลอดภัย ตลอดจนการติดตามประเมินผลการพยาบาล รวมถึงการบริหารจัดการการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ในการผ่าตัดอย่างประหยัดและมีคุณภาพมากที่สุด

การพยาบาลผู้ป่วยที่รับการรักษาด้วยการผ่าตัด พยาบาลต้องปฏิบัติการพยาบาลครอบคลุมทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด (Rothrock, 1996) จินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) ได้กล่าวไว้ว่า ภายใต้สภาพการณ์ของผู้ป่วยที่จะเข้ารับการผ่าตัด เป้าหมายของการพยาบาลต้องสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยโดยทั่วไป คือ ความปลอดภัย การปราศจากการติดเชื้อ และปราศจากภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด การให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องผ่าตัด เริ่มเมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัด และให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่องในระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพดีที่สุด โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งจะต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยและญาติด้วยบริการพยาบาลที่มีคุณภาพโดยใช้กระบวนการในการประเมินสภาพของผู้ป่วยทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม การพยาบาลที่มีคุณภาพเป็นการแสดงระดับที่ดีเยี่ยมของการปฏิบัติการพยาบาลเมื่อเปรียบเทียบกับมาตรฐานที่กำหนดการควบคุมคุณภาพ การพยาบาลผ่าตัดเป็นหน้าที่ของหัวหน้างานแผนกผ่าตัด พยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด และผู้บริหารการพยาบาลจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบโดยมีเป้าหมายหลัก คือ ความปลอดภัยของผู้มารับบริการ (เรณู อาจสาลี, 2542) ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัด จึงต้องมีความสามารถในการวางแผน

การพยาบาลเพื่อให้เกิดความปลอดภัยและตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการตลอดจน การตัดสินใจ และการแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับประสบการณ์การผ่าตัด ที่ดีที่สุด (ศิริพร พุทธิรงค์, 2542)

สมาคมพยาบาลห้องผ่าตัด (Association of Operation Room Nurse: AORN, 1969 อ้างถึงในสุภาพ อารีเอื้อ, 2541) ได้กำหนดมาตรฐานและคำแนะนำในการปฏิบัติงานการพยาบาล ในห้องผ่าตัด โดยจะมีการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเป็น 3 ระยะ คือ

1. ระยะก่อนผ่าตัด (Pre operative phase) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเคลื่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยจนกระทั่งเคลื่อนย้ายไปนอนบนเตียงผ่าตัด ทีมพยาบาลห้องผ่าตัดต้องให้การดูแล ผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจตามปัญหาที่เกิดขึ้น (Common problem) การพยาบาลในระยะก่อน ผ่าตัดประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ (จริตภรณ์ ธนบัตร, 2542)

1.1 การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลห้องผ่าตัด โดยมีจุดมุ่งหมาย เพื่อประเมินสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด และเพื่อบรรเทาความวิตกกังวล และความกลัวของผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด

กิจกรรมพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย เช่นการพูดคุยกับผู้ป่วยด้วยท่าที สุภาพ อ่อนโยน เป็นมิตร สัมผัสด้วยความนุ่มนวล จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สงบ ดูแลความ สะอาดของร่างกายให้มีความสุขสบาย อยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือ รวมถึงการ ให้ความรู้หรือข้อมูลต่าง ๆ ก่อนผ่าตัด เช่นการเตรียมตัวทั่วไป และเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยจะพบ ในห้องผ่าตัด เป็นต้น

1.2 การรับผู้ป่วยมาห้องผ่าตัด

กิจกรรมพยาบาลเน้นที่วิธีดำเนินการและความปลอดภัยของผู้ป่วยขณะเดินทางมาที่ ห้องผ่าตัด เช่นการป้องกันอุบัติเหตุขณะเคลื่อนย้าย การตรวจดูสิ่งของที่ต้องนำมาจากหอผู้ป่วย ระวังสายต่าง ๆ ไม่ให้เลื้อยหลุด และระวังอาการผิดปกติอื่น ๆ เป็นต้น

1.3 การพยาบาลแรกรับในห้องเตรียมผ่าตัด

พยาบาลห้องผ่าตัดควรให้ความสนใจกับผู้ป่วยทันทีที่มาถึงห้องรอผ่าตัด โดยการต้อนรับ และทักทายแสดงความเป็นกันเอง ตรวจดูชื่อผู้ป่วยให้ถูกต้องตามการผ่าตัด ความสมบูรณ์ของ เอกสาร และความพร้อมที่จะผ่าตัด เช่น การเตรียมผิวหนัง เป็นต้น

1.4 การพยาบาลขณะรอผ่าตัด

การพยาบาลขณะรอผ่าตัดจะเน้นที่การพยาบาลด้านจิตใจ และการป้องกันอุบัติเหตุต่าง ๆ เช่นการประเมินสภาพทั่วไปของผู้ป่วยทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ การสร้างสัมพันธภาพที่ดี การระวังผู้ป่วยตกเตียง หรือการนำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด เป็นต้น

พินิจ ปริษานนท์ (2545) ได้สรุปขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัด ไว้ดังนี้

1. ทบทวนเอกสารในเวชระเบียน เช่น ข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วย การผ่าตัด และประวัติการแพ้ต่าง ๆ ตลอดจนตรวจสอบความพร้อมของเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด เช่น เอกสารแสดงความยินยอมให้ผ่าตัด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พร้อมทั้งสิ่งที่ติดมากับผู้ป่วย เช่น อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ติดมากับผู้ป่วย ฟันปลอมชนิดถอดได้ คอนแทคเลนส์ เครื่องประดับ เป็นต้น
2. ถามชื่อ นามสกุล เพื่อดูว่าตรงกันหรือไม่กับในเวชระเบียน
3. แนะนำตนเอง บอกวัตถุประสงค์การพบผู้ป่วย (เพื่อดูความพร้อมของผู้ป่วย)
4. สังเกตร่างกายโดยทั่วไป สอบถามอาการผิดปกติ ประวัติการเจ็บป่วย และการผ่าตัดในอดีต และการรับรู้เรื่องการผ่าตัดของตนเอง และการตรวจสอบสัญญาณชีพ
5. สร้างสัมพันธภาพ โดยสอบถามในเรื่องการพักผ่อนนอนหลับในคืนก่อนผ่าตัด ชวนพูดคุยในเรื่องที่เกี่ยวกับตัวผู้ป่วย ครอบครัว การปฏิบัติเมื่อรู้สึกไม่สบายใจ เป็นต้น ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลง และรู้สึกอบอุ่นใจ
6. สอบถามความรู้สึกต่อการผ่าตัดและให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก
7. ใช้เทคนิคสัมผัสตามความเหมาะสม
8. ประเมินความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด
9. ให้คำแนะนำ สอน ให้การพยาบาลผู้ป่วยตามปัญหาที่พบตลอดจนให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะและหลังผ่าตัดตามความเหมาะสม หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยทวนกลับคำแนะนำที่ให้ไป
10. บันทึกในแบบบันทึกในระยะก่อนผ่าตัดให้ครบถ้วน
11. ให้ผู้ป่วยพักผ่อน และดูตัวอย่างใกล้ชิดจนกว่าถึงเวลาผ่าตัด

ซึ่งปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นได้ในระยะก่อนผ่าตัดนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและกลัวเกี่ยวกับการผ่าตัด สภาพร่างกายไม่พร้อมจะรับการผ่าตัด หรือการผิดพลาดในการนำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด หรืออาจเกิดอุบัติเหตุขึ้นขณะรอผ่าตัดจากการเคลื่อนย้าย รวมทั้งความไม่สุขสบาย

ขณะรอผ่าตัด การพยาบาลขณะรอผ่าตัดนั้นมุ่งเน้นที่การพยาบาลด้านจิตใจและการป้องกันอุบัติเหตุ โดยการจัดสภาพแวดล้อมให้สงบ ไม่มีเสียงรบกวนจากเจ้าหน้าที่ การประเมินสภาพทั่วไปทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรมวิตกกังวล สร้างสัมพันธภาพที่ดีให้การต้อนรับ ทักทายแสดงความเป็นกันเอง เต็มใจในการตอบคำถามและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวล และการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดก็เป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยบรรเทาความวิตกกังวลและความกลัวของผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด (เรณู อัจฉาสี, 2540)

2. ระยะผ่าตัด (Intraoperative phase) หมายถึง ระยะตั้งแต่ผู้ป่วยมานอนบนเตียงผ่าตัด จนกระทั่งผ่าตัดเสร็จและเคลื่อนย้ายออกจากเตียงผ่าตัด

ในระยะนี้จะเป็นระยะที่ยาวนานที่สุดในระยะของการผ่าตัด ซึ่งทีมพยาบาลห้องผ่าตัด จำเป็นต้องให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยในห้องผ่าตัด โดยให้การพยาบาลที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย ความปลอดภัย และความมั่นคง เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่รู้สึกรู้สียงและไม่สามารถบอกถึงความต้องการได้ จึงเป็นหน้าที่ของพยาบาลที่จะต้องคอยสังเกตและระวังไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย หรือภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นได้ในระหว่างผ่าตัด โดยต้องคำนึงถึงเทคนิคการปลอดภัย การควบคุมการสัญจรในห้องผ่าตัด การควบคุมอุณหภูมิให้พอเหมาะ การรักษาความปลอดภัยในห้องผ่าตัด และการจัดทำที่เหมาะสมสำหรับการผ่าตัด ระมัดระวังการฟุ้งกระจายของฝุ่นละออง หลีกเลี่ยงสารเคมีที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ การป้องกันอุบัติเหตุจากอุปกรณ์เครื่องใช้ไฟฟ้า เช่นห้ามติดแผ่นนำไฟฟ้าบริเวณที่เป็นปุ่มกระดูก เช่น ซีโครงหน้าแข็ง เนื่องจากบริเวณดังกล่าวไม่มีเส้นเลือดผ่านเพียงพอที่จะนำความร้อนออกไป หลีกเลี่ยงการติดแผ่นนำไฟฟ้าบริเวณที่มีเลือดออกมาก เพราะอาจทำให้ไฟฟาลัดวงจร ป้องกันอันตรายจากการใช้เครื่องมือผ่าตัด และสิ่งตกค้างในแผล เป็นต้น (ธนิดา ฤกษ์จิรัฐติกาล, 2542; จริดาภรณ์ ธนบัตร, 2542; Fairchild, 1996)

สรุปแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลในระยะผ่าตัด (Intra-operative care) ได้ดังต่อไปนี้ (กองการพยาบาล, 2542)

1. ตรวจสอบความถูกต้องของตัวบุคคลก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด
2. แนะนำการปฏิบัติตัวและวิธีการสื่อสารกับทีมพยาบาลในระหว่างการผ่าตัด

(กรณีผู้ป่วยรับยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่)

3. จัดทำผู้ป่วยให้เหมาะสมกับประเภทของการผ่าตัดและทำความสะอาดผิวหนัง โดยคำนึงถึงความปลอดภัยและความสุขสบายของผู้ป่วย

4. พยาบาลส่งผ่าตัดและพยาบาลช่วยผ่าตัด

4.1 ส่งเครื่องมือถูกต้องตามขั้นตอนและหลักการ Standard Precautions

4.2 ช่วยผ่าตัดโดยระมัดระวังการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการดึงรั้งของอุปกรณ์สำหรับถ่างแผล (Retractor) เครื่องจี้ไฟฟ้า หรือการวางสื่อนำไฟฟ้า และการคงสภาพการปราศจากเชื้อในบริเวณผ่าตัดตลอดเวลา

4.3 ฝ้าระวังสัญญาณสังเกตภาวะแทรกซ้อน หรือความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ขณะผ่าตัดอย่างใกล้ชิด

4.4 ตัดสินใจเปลี่ยนแปลงลำดับการส่งเครื่องมืออย่างถูกต้อง ทันเวลา

4.5 วินิจฉัยความเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายของผู้ป่วย และคาดการณ์เกี่ยวกับความต้องการความช่วยเหลือขณะผ่าตัด

4.6 ช่วยเหลือในการเก็บสิ่งส่งตรวจ (ถ้ามี) อย่างถูกต้องครบถ้วน

4.7 ตรวจสอบสิ่งตกค้าง ตรวจสอบนับเครื่องมือ ผ้าซับโลหิต ก่อนเย็บปิดแผล ตาม Count procedure และบันทึกไว้เป็นหลักฐาน

5. พยาบาลช่วยทั่วไป

5.1 สังเกตสภาพแวดล้อม และปฏิบัติการเพื่อคงไว้ซึ่งสภาพการปราศจากเชื้อ ภายในห้องผ่าตัดตลอดเวลา

5.2 สังเกตความก้าวหน้าของกระบวนการผ่าตัดคาดการณ์ถึงความต้องการของทีมผ่าตัดและจัดการเพื่อสนองความต้องการให้ทันเวลา เช่น จัดหาอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ ที่จำเป็นเพิ่มเติม หรือจัดไฟผ่าตัด เป็นต้น

5.3 เตรียมความพร้อมในการช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน เช่นการเตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพ การจัดการกับอุปกรณ์ เครื่องมือที่อาจชำรุดหรือมีการเปลี่ยนแปลง กระบวนการผ่าตัดอย่างไม่คาดคิด (Unexpected intraoperative change)

5.4 ตรวจสอบยืนยันจำนวนอุปกรณ์ เครื่องมือ ผ้าซับโลหิต ก่อนเย็บปิดแผล

3. ระยะเวลาหลังผ่าตัด (Post operative phase) เริ่มต้นจากการที่ผู้รับบริการอยู่บนเตียง ผ่าตัดจนกระทั่งเสร็จผ่าตัด และนำผู้รับบริการไปยังห้องพักฟื้น รวมถึงกิจกรรมการพยาบาลในการเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ในช่วงระยะหลังผ่าตัดนี้พยาบาลห้องผ่าตัดต้องให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มย้ายผู้ป่วย จากเตียงผ่าตัดไปยังรถเข็นนอน เพื่อนำส่งห้องพักฟื้น พยาบาลสามารถประเมินภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่นการประเมินผลการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า โดยสังเกตผิวหนังบริเวณวางสื่อนำไฟฟ้า ประเมินสภาพผิวหนังด้านที่กดทับหลังจากนอนผ่าตัดมาหลายชั่วโมง หรือประเมินสภาพผู้ป่วย

ว่ามีอาการแสดงถึงภาวะสูญเสียเลือดมากในระหว่างผ่าตัด เป็นต้น การป้องกันระวังอันตรายและอุบัติเหตุต่าง ๆ ขณะเคลื่อนย้าย และการรายงานอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยขณะอยู่ในห้องผ่าตัดให้เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยทราบเพื่อผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง การดูแลผู้ป่วยในระยะนี้ถือว่าเป็นระยะวิกฤต (Immediate care) มีรายงานว่าประมาณครึ่งหนึ่งของอัตราการตายของผู้ป่วยเกิดในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดนั้นสามารถป้องกันได้โดยการดูแลและสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด (จริตภรณ์ ธนบัตร, 2542) ดังนั้นจึงจำเป็นต้องอาศัยการทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างศัลยแพทย์ พยาบาลห้องผ่าตัด วิชาญญีแพทย์ และพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหาและได้รับการดูแลอย่างมีระบบภายใต้เป้าหมายในการดูแลเดียวกันคือ ผู้ป่วยฟื้นสภาพภายหลังการผ่าตัดอย่างปลอดภัยและสุขสบาย (สุภาพ อารีเอื้อ, 2541; ธนิตา ฤกษ์จิรัฐติกาล, 2542; ศิริพร พุทธรังษี, 2542) การเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด 24-48 ชั่วโมง เป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถช่วยในการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลที่ผ่านมา เช่น ผิวน้ำเป็นรอยแดงจากการกดทับเป็นเวลานานหรือไม่ มีการทำลายของเส้นประสาทหรือไม่ หรือมีแนวโน้มที่แผลจะเกิดการติดเชื้อหรือไม่ เป็นต้น (จริตภรณ์ ธนบัตร, 2542)

สรุปแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลในระยะหลังผ่าตัด (Post-operative care) ได้ดังต่อไปนี้ (กองการพยาบาล, 2542)

1. พยาบาลส่งผ่าตัด

1.1 ร่วมกับศัลยแพทย์ตรวจสอบแผลผ่าตัด แผลท่อระบาย (Drain) และช่วยปิดแผลก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากเตียงผ่าตัด

1.2 ประเมินอาการ ทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยและดูแลความอบอุ่นของร่างกาย

1.3 ประสานงานกับวิชาญญีแพทย์เกี่ยวกับความพร้อมของผู้ป่วยในการเคลื่อนย้ายออกจากห้องผ่าตัด

1.4 ช่วยเหลือการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากห้องผ่าตัดด้วยความปลอดภัย

1.5 บันทึกรายงานการพยาบาล และแบบบันทึกอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

1.6 เตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือ เพื่อทำความสะอาดทำลายเชื้อ และทำให้ปราศจากเชื้อ

2. พยาบาลทั่วไป

2.1 ช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังห้องพักฟื้น หรือหออภิบาลผู้ป่วยหนัก หรือหอผู้ป่วยตามความจำเป็น หรือตามดุลยพินิจของแพทย์ โดยมีการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับอาการผู้ป่วย เพื่อเตรียมการช่วยเหลือล่วงหน้า

2.2 เตรียมความพร้อมของห้องผ่าตัดและเครื่องมือผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยรายต่อไป

แนวทางปฏิบัติของทีมพยาบาลผ่าตัดในการเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด การเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดนั้นมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. ประเมินและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการทั้งด้านร่างกายและจิตใจ
2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดตามขอบเขตวิชาชีพ
3. ประสานงานกับทีมพยาบาลประจำหอผู้ป่วยหรือหออภิบาลผู้ป่วยหนัก เพื่อวางแผนการเริ่มฟื้นฟูสภาพ (Early ambulation) และการดูแลต่อเนื่อง
4. ช่วยเหลือบรรเทาอาการไม่สุขสบาย
5. ให้กำลังใจและสนับสนุนการปรับตัวภายหลังการผ่าตัด

กัญญา ออประเสริฐ (2541) ได้สรุปบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบของพยาบาลผ่าตัดไว้ 10 บทบาท ดังนี้

1. ประเมินสภาพผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดทั้งร่างกายและจิตใจ ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด
2. ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ความรู้เกี่ยวกับหลักการและเทคนิคปลอดภัย
3. บริหารจัดการ การใช้เครื่องมือ เครื่องใช้ อุปกรณ์ต่างๆ ในการผ่าตัด
4. ปฏิบัติการพยาบาลในฐานะพยาบาลส่งเครื่องมือ และพยาบาลผู้ช่วยในการผ่าตัดบนพื้นฐานความรู้ ความชำนาญในการปฏิบัติการพยาบาลในห้องผ่าตัด
5. ประสานงานและให้ความช่วยเหลือ กับบุคลากรในทีมสุขภาพ
6. ให้ความรู้ คำแนะนำแก่ผู้ป่วย และครอบครัว ในเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด
7. ปฏิบัติการพยาบาลโดยให้ความเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย และครอบครัว ช่วยพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยตามประกาศคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย 10 ประการ
8. ปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของพยาบาลผ่าตัดอย่างมีคุณภาพ
9. สนับสนุนและเข้าร่วมโครงการประชุมวิชาการหรือฝึกอบรมในหลักสูตรการศึกษาต่อเนื่อง
10. สนับสนุนและเข้าร่วมกิจกรรมกับองค์กรวิชาชีพ

2.2 คุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัด

2.2.1 ความหมายของคุณภาพ

สถาบันที่เกี่ยวข้องกับบริการดูแลสุขภาพ Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO) ของสหรัฐอเมริกา (JCAHO, 1990 อ้างถึงในจิรัฐม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ, 2543) ให้ความหมายของคุณภาพไว้ว่าคุณภาพ หมายถึง ระดับของการจัดบริการที่ให้กับผู้ป่วยเพื่อเพิ่มผลดีและเหมาะสมกับความต้องการโดยลดผลที่ผู้ป่วยไม่ต้องการ

Council on Medical Service ของ American Medical Association (AMA) (1986 อ้างถึงในจิรัฐม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ, 2543) อธิบายถึงคุณสมบัติของการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพไว้ว่าต้องประกอบด้วยคุณสมบัติ 8 ประการคือ

1. ทำให้สุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างที่สุด
2. เน้นถึงการส่งเสริม และการป้องกันโรค
3. ให้บริการในเวลาทันต่อเหตุการณ์
4. พยายามให้ผู้ป่วยรับทราบ ให้ความร่วมมือ มีส่วนร่วมในกระบวนการรักษา และตัดสินใจในส่วนที่เกี่ยวข้อง
5. อยู่บนพื้นฐานของหลักการทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ได้รับการยอมรับ
6. คำนึงถึงความอยู่ดีมีสุขของผู้ป่วย
7. ใช้เทคโนโลยี และทรัพยากรในระบบสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ
8. บันทึกข้อมูลต่าง ๆ ไว้อย่างเพียงพอสำหรับการรักษาที่ต่อเนื่องและการทบทวนตรวจสอบภายหลัง

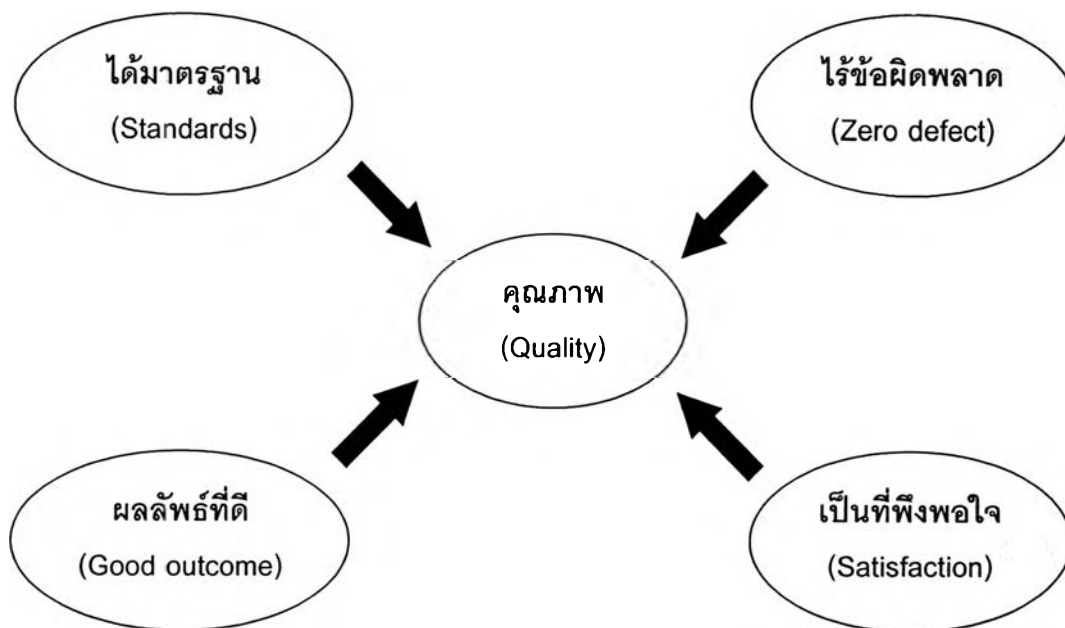
คุณภาพในระบบสุขภาพประกอบด้วย 4 องค์ประกอบสำคัญ (จิรัฐม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ, 2543; อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2542) ดังต่อไปนี้

1. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ (Customers satisfaction) อันเกิดจากความสามารถในการตอบสนองความจำเป็นและความต้องการ นั่นคือปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสมในสภาพแวดล้อมที่น่าพึงพอใจ
2. ภาวะปราศจากข้อผิดพลาด (Zero defect) ทำสิ่งถูกต้องตั้งแต่ครั้งแรก คือการไม่มีความเสี่ยง ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น

3. การปฏิบัติที่สอดคล้องกับมาตรฐาน (Standards) ซึ่งรวมถึงมาตรฐานวิชาชีพ องค์ความรู้ทางวิชาการ จริยธรรม และแนวทางปฏิบัติที่เป็นที่ยอมรับทั่วไปอย่างเหมาะสม

4. การเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อคุณภาพชีวิต (Quality of life) ของผู้ป่วย นั่นคือเกิดผลลัพธ์ที่ดีและพึงประสงค์ต่อสุขภาพในภาพรวม ไม่เพียงพอแต่หายจากโรคเท่านั้น

แผนภูมิที่ 3 องค์ประกอบของคุณภาพบริการในระบบสุขภาพ (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์และคณะ, 2543: หน้า 5)



จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้นอาจสรุปได้ว่าคุณภาพ หมายถึง การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ โดยการจัดการบริการให้กับผู้ป่วยหรือผู้ที่มารับบริการโดยมองผู้ป่วยแบบองค์รวม ตระหนักในสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย และให้การพยาบาลผู้ป่วยครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพอนามัย ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของมาตรฐานวิชาชีพ ไร้ข้อผิดพลาด เกิดผลลัพธ์ที่ดีและพึงประสงค์ต่อสุขภาพ และเป็นที่พึงพอใจของผู้รับบริการ

2.2.2 ความหมายของคุณภาพการพยาบาล

ความหมายของคุณภาพการพยาบาล

การพยาบาลเป็นบริการทางวิชาชีพ ซึ่งอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาลที่สร้างสมเป็นความสามารถทางทักษะและสติปัญญา ให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลเมื่อเจ็บป่วยและปกติที่ต้องการการดูแลรักษาพยาบาล โดยครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างผสมผสานและเป็นองค์รวม เพื่อให้มีการพัฒนาและดำรงอยู่ในสภาพที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม คุณภาพการพยาบาลจึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งต่อการปฏิบัติการพยาบาลเพราะคุณภาพการพยาบาลเป็นสิ่งที่ผู้ใช้และผู้ให้บริการต้องการ (พัชรีย์ ประเสริฐกิจ, 2541) จากการศึกษาของ Omachonu (1990) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพ ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ คุณภาพตามความเป็นจริง (Quality in fact) และคุณภาพตามการรับรู้ (Quality in perception) โดยอธิบายไว้ว่า คุณภาพตามความเป็นจริงนั้นเป็นสิ่งที่ผู้ใช้บริการมุ่งหวังให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด ซึ่งเป็นผลของการกระทำที่เกิดจากการปฏิบัติจริงตามมาตรฐาน ส่วนคุณภาพตามการรับรู้ นั้นเป็นสิ่งที่ผู้ใช้บริการรับรู้ ว่าบริการนั้นเป็นบริการที่มีคุณภาพเป็นไปตามความคาดหวังของผู้ใช้บริการ ซึ่งเป็นคุณภาพที่วัดได้จากการรับรู้ของผู้รับบริการ ดังนั้นหากว่าคุณภาพจากสองส่วนนี้มีความสอดคล้องกันมากเท่าใด คุณภาพบริการพยาบาลย่อมดีขึ้นมากเท่านั้น (พัชรีย์ ประเสริฐกิจ, 2541; สองแสง ธรรมศักดิ์, 2542)

กองการพยาบาล (2537 อ้างถึงในจิตรา เกิดเพชร, 2541) ได้ให้ความหมายของคุณภาพการพยาบาล โดยพิจารณาประเด็นสำคัญ 3 ประเด็นดังต่อไปนี้

1. Affective quality เป็นคุณภาพที่วัดจากความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการ
2. Cognitive quality เป็นคุณภาพที่วัดได้จากความรู้ ความสามารถของบุคลากรทางการพยาบาล และการปฏิบัติในระดับวิชาชีพต่อผู้ใช้บริการ
3. Psychomotor quality เป็นคุณภาพที่เกิดจากการลงมือปฏิบัติด้วยความชำนาญ มีทักษะที่ถูกต้องตามหลักการและเทคนิค สามารถประเมินได้จากการให้ผู้ปฏิบัติประเมินตนเอง หรือผู้ร่วมงานเป็นผู้สังเกต หรือจากการสอบถามผู้บริหาร และผู้รับบริการ

คุณภาพการพยาบาล หมายถึง ลักษณะความดีที่แสดงผลของกิจกรรมการดูแลรักษาพยาบาลซึ่งบ่งบอกถึงความดีเลิศ วัดได้จากผลของการกระทำกับเกณฑ์หรือมาตรฐานที่กำหนดไว้ (จิตรา เกิดเพชร, 2541)

คุณภาพการพยาบาล หมายถึง ลักษณะซึ่งสามารถสังเกตได้ที่บ่งบอกถึงความดีเลิศ และเป็นไปตามที่คาดหวัง หรือตามมาตรฐาน (ฟาริดา อิบราฮิม, 2542)

คุณภาพการพยาบาล หมายถึง ลักษณะความดีของบริการพยาบาลโดยมีเกณฑ์ที่ดีสำหรับประเมินระดับมาตรฐานซึ่งเกี่ยวกับโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ (ละออ นุตากร, 2529; พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2530 อ้างถึงในจิตรา เกิดเพชร, 2541)

คุณภาพการพยาบาล หมายถึง การพยาบาลที่ดีเลิศที่ให้กับผู้รับบริการอย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และเป็นไปตามมาตรฐานที่วางไว้ทั้งด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ทางการพยาบาล ตลอดจนเป็นที่พึงพอใจของผู้รับบริการโดยมีเกณฑ์ลักษณะดีของแต่ละด้านให้ประเมินได้ว่าอยู่ในระดับมาตรฐานใด (พินิจ ปริชานนท์ และอัญชลี นวลคล้าย, 2540; พินิจ ปริชานนท์ และ วราภรณ์ โกมารกุล ณ นคร, 2540; อัญชลี นวลคล้าย และรุจิเรศ ธนุรักษ์, 2540)

คุณภาพการพยาบาล หมายถึง ลักษณะความดีเลิศของบริการพยาบาลซึ่งเกี่ยวข้องกับหรือสัมพันธ์กับการบริหารการพยาบาล กระบวนการของการให้การพยาบาล และผลที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ ซึ่งบริการพยาบาลจะดีได้ต้องมีการจัดบริการในปริมาณที่เหมาะสม และสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ ลักษณะบริการต้องเป็นที่ยอมรับและตระหนักในคุณค่าของบริการ ทั้งผู้ให้บริการ ผู้รับบริการหรือผู้ที่เกี่ยวข้องต่างๆ และบริการที่จัดนั้นต้องมีความต่อเนื่อง สม่่าเสมอ (พวงรัตน์ บุญญานภาพ, ม.ป.ป. อ้างถึงในส่องแสง ธรรมศักดิ์, 2542)

คุณภาพการพยาบาล หมายถึง ลักษณะที่เป็นเลิศซึ่งสามารถวัดได้จากการเปรียบเทียบผลการกระทำกับเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ (อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม, 2529 อ้างถึงในจิตรา เกิดเพชร, 2541)

คุณภาพการพยาบาล หมายถึง ระดับของบริการพยาบาลหรือการดูแลผู้รับบริการซึ่งทำให้ผลลัพธ์ที่ต้องการเพิ่มขึ้น หรือลดผลลัพธ์ที่ไม่ต้องการ คุณภาพการพยาบาลจะบอกได้จากมาตรฐานที่ตั้งไว้ซึ่งสามารถวัดและประเมินได้ (Joint Commission Accreditation of Health Care Organization, 1994 อ้างถึงในพินิจ ปริชานนท์ และวราภรณ์ โกมารกุล ณ นคร, 2540)

คุณภาพการพยาบาล หมายถึง ระดับของความเป็นเลิศในการปฏิบัติการพยาบาลเมื่อเทียบกับมาตรฐานการพยาบาลที่กำหนดไว้ (Gillies, 1994; Muller, 1993 อ้างถึงในวิภาดา คุณาวิคติกุล, 2542)

คุณภาพการพยาบาล เป็นผลรวมของคุณลักษณะหรือคุณสมบัติของผลผลิตที่ตอบสนองต่อความต้องการที่กำหนด (วิภาดา คุณาวิทิตกุล และคณะ, 2542)

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้นอาจสรุปได้ว่าคุณภาพการพยาบาล หมายถึง คุณลักษณะที่ดีของการดูแลรักษาพยาบาลรวมถึงบริการพยาบาลต่างๆ ที่สามารถสังเกตได้หรือวัดได้จากการเปรียบเทียบกับเกณฑ์หรือมาตรฐานที่กำหนดไว้ทั้งด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ โดยผลลัพธ์ที่ต้องการนั้นเพิ่มขึ้นหรือลดผลลัพธ์ที่ไม่ต้องการลง ทั้งนี้ทั้งนั้นต้องตอบสนองต่อความต้องการที่กำหนดและเป็นที่ยอมรับของผู้รับบริการ

2.2.3 ความหมายของคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัด

ความหมายของคุณภาพบริการพยาบาล

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพการบริการได้มีผู้ศึกษาผู้ศึกษา และให้ความหมายของคุณภาพบริการ ไว้ดังนี้

คุณภาพบริการ หมายถึง การกระทำสิ่งที่ถูกต้อง ทำให้ดี และลูกค้าหรือผู้ใช้บริการพึงพอใจ โดยพิจารณามิติของคุณภาพ การดูแลรักษา ซึ่งแสดงถึงความรู้ ความสามารถของผู้ให้บริการ เป็นที่ยอมรับ มีประสิทธิผล มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก และมีความปลอดภัยต่อผู้ใช้บริการ (สุมาลี จักรไพศาล, 2541)

คุณภาพการบริการ หมายถึง ความสอดคล้องระหว่างความคาดหวังของผู้รับบริการกับการปฏิบัติโดยใช้ความรู้ความสามารถที่เหมาะสมโดยมีการปรับสมดุลระหว่างประโยชน์ และผลเสียที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติ (ดุชนิย์ ยศทอง, 2542)

คุณภาพบริการพยาบาล เป็นเป้าหมายขององค์กรพยาบาลและเป็นเครื่องสะท้อนให้เห็นความสอดคล้องของการบริหารงานกับความต้องการของผู้ใช้บริการ (ส่องแสง ธรรมศักดิ์, 2542)

คุณภาพบริการพยาบาล หมายถึง ลักษณะความดีของบริการพยาบาลที่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานการพยาบาลที่กำหนด และสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ หรือผู้ป่วยจนเกิดความพึงพอใจในบริการ (ศรีสุวรรณค์ แสงแก้ว, 2542)

คุณภาพการบริการพยาบาล จะวัดได้ที่ความพึงพอใจในบริการ และสุขภาพดีในภายหลังได้รับการพยาบาล ซึ่งการมองคุณภาพการพยาบาล มองได้จากปัจจัยหลาย ๆ ประการทั้งในด้านผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ในการกำหนดคุณภาพการบริการสุขภาพนั้น อาจมุ่งลักษณะทางเทคนิคของคุณภาพ โดยกำหนดระดับความดีเลิศ ซึ่งเป็นลักษณะที่ผู้ให้บริการการดูแลผู้ป่วย

ได้เพิ่มผลผลิตตามที่พึงปรารถนาเท่าที่เป็นไปได้ และลดผลผลิตที่ไม่พึงปรารถนา โดยใช้ความรู้ และทักษะให้เกิดประโยชน์ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2542)

คุณภาพบริการพยาบาล หมายถึง ลักษณะความดีของบริการพยาบาลซึ่งเกี่ยวข้องกับภาคโครงสร้างของบริการ กระบวนการของการให้การพยาบาล และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ โดยมีเกณฑ์ลักษณะดีของแต่ละภาคให้ประเมินได้ว่าอยู่ในระดับมาตรฐาน ซึ่งนำไปสู่คุณภาพการพยาบาล ขึ้นอยู่กับลักษณะดังต่อไปนี้ (ลออ หุตางกูร, 2529 อ้างถึงในพินิจ ปริษานนท์ และ อัญชลี นวลคล้าย, 2540; อรุณรัตน์ รอดเชื้อ, 2542)

1. ระดับปริมาณของบริการที่สามารถให้ได้
2. ความเป็นที่ยอมรับ และตระหนักในคุณค่าของบริการทั้งในฝ่ายผู้ให้บริการ ผู้ใช้บริการ และผู้ที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ
3. ความต่อเนื่อง สม่ำเสมอ มีระบบและมีแผน
4. ความครอบคลุมทั้งในเชิงเทคนิค วิทยาศาสตร์ จรรยาและศิลปะของการพยาบาล รวมทั้งการจัดการ
5. การมีบันทึกเป็นหลักฐานเพื่อการถ่ายทอด แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร การศึกษา การประเมินผล การพัฒนา และประโยชน์ทางกฎหมาย
6. ความสามารถรักษาคุณภาพไว้ในระดับสูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้ในแต่ละสถานที่ เวลา และสภาพการณ์

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้นอาจสรุปได้ว่าคุณภาพบริการพยาบาล หมายถึง ระดับความดีเลิศของบริการพยาบาลโดยพิจารณามิติของคุณภาพด้านการดูแลรักษา ซึ่งแสดงถึงความรู้ความสามารถของผู้ให้บริการ เป็นที่ยอมรับ มีประสิทธิผล มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ สามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก และมีความปลอดภัยต่อผู้ให้บริการเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานการพยาบาลที่กำหนด และสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการหรือผู้ป่วยจนเกิดความพึงพอใจในบริการ

ความหมายของคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัด

คุณภาพการพยาบาลผ่าตัด หมายถึง ลักษณะที่ดีของการพยาบาลตามการสังเกต การปฏิบัติกิจกรรมหรือการกระทำต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานเชิงกระบวนการของงานการพยาบาลผ่าตัด (จิตรา เกิดเพชร, 2541)

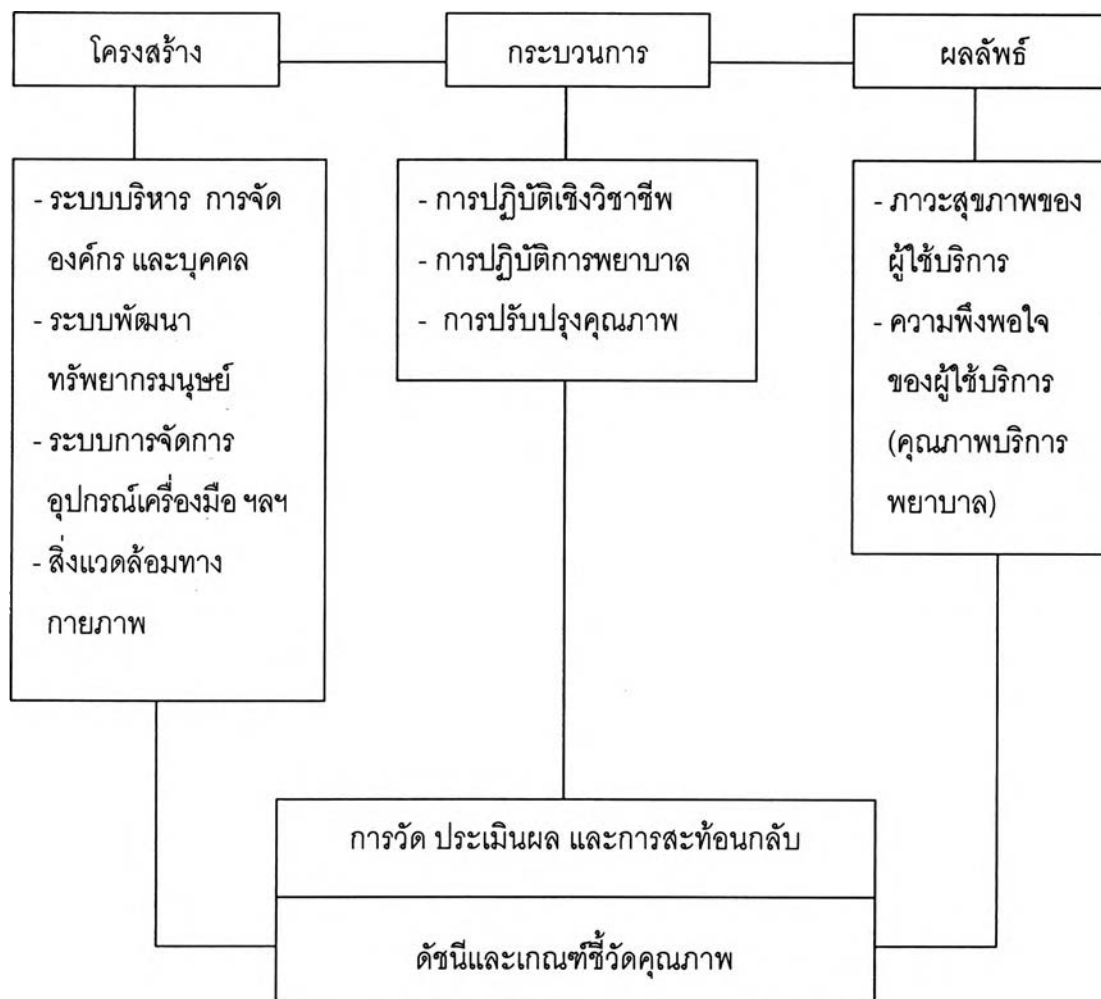
คุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัด หมายถึง บริการพยาบาลผ่าตัดที่มีคุณลักษณะเป็นไปตามมาตรฐานการพยาบาลผ่าตัด ไร้ข้อผิดพลาด ผลลัพธ์ดี และเป็นสิ่งที่พึงพอใจของผู้ใช้บริการ ซึ่งคุณภาพของบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้องปรับปรุงอยู่เสมอ (พินิจ ปรีชานนท์, 2545)

คุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด การพยาบาลผ่าตัดควรมีการปรับเปลี่ยนไปสู่วิสัยทัศน์อันกว้างไกลซึ่งสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในปัจจุบัน จากแนวคิดของ กันยา ออประเสริฐ (2542) ได้เสนอแนวคิดทิศทางการพยาบาลผ่าตัดว่าวิสัยทัศน์ของการพยาบาลผ่าตัดในประเทศไทย จะต้องครอบคลุมทั้งด้านการบริการพยาบาล การศึกษา การวิจัย กฎหมาย และองค์การวิชาชีพ ซึ่งวิสัยทัศน์ด้านการบริการพยาบาล คุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนั้น มุ่งเน้นการพยาบาลแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่อง โดยใช้กระบวนการแก้ปัญหาให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด ทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด มีการให้การพยาบาลเชิงรุกมีการทำงานร่วมกันเป็นทีมสหวิทยาการ ใช้ผลการวิจัยในการปฏิบัติการพยาบาล คำนี้ถึงสิทธิของผู้รับบริการและปฏิบัติการพยาบาลบนพื้นฐานของ จริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ

2.3 การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด

การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล คือ กระบวนการที่ดำเนินการอย่างเป็นระบบในการปรับปรุงคุณภาพของการให้การบริการพยาบาล โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพสูงสุดในหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง หรือสถาบันใดสถาบันหนึ่ง การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลนี้สามารถกระทำได้ในระดับปฏิบัติการพยาบาล และในระดับการบริหารการพยาบาล (ยุพิน อังสุโรจน์, 2541) การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ได้มีวิวัฒนาการมาเป็นลำดับด้วยจิตสำนึกของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลที่จะต้องรับผิดชอบต่อการบริการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ซึ่งจะต้องเป็นสิ่งที่ถูกต้อง เหมาะสม และสอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้บริการ ทำให้ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลจำเป็นต้องพัฒนาบริการพยาบาลให้ดีขึ้น และตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้บริการอย่างเต็มที่และได้รับบริการพยาบาลที่มีคุณภาพคุ้มค่ากับเงินที่ต้องจ่ายไป

แผนภูมิที่ 4 กระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล (วงจรประกันคุณภาพบริการพยาบาล)
(ดัดแปลงจากพินิจ ปริษานนท์, 2545)



การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลดำเนินการตั้งแต่แรกเริ่มผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ขณะรับการรักษาพยาบาล และภายหลังการรักษาพยาบาล เช่นในผู้ป่วยผ่าตัด การประเมินปัญหาเพื่อการวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลเริ่มตั้งแต่แรกเริ่มผู้ป่วย เช่นการประเมินจากประวัติการรักษาในอดีต สภาวะร่างกายและจิตใจ โรคประจำตัว ประวัติการแพ้ยา เป็นต้น ข้อมูลเหล่านี้จะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนการรักษาพยาบาลระหว่างและหลังการผ่าตัด ข้อมูลในระหว่างการผ่าตัด เช่น การให้การพยาบาลที่เฉพาะเจาะจง ระยะเวลาในการรักษาพยาบาล การให้ยา หรือประเภทของการรักษาพยาบาล ส่วนในระยะหลังผ่าตัด เช่นการเกิดภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาในการดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อน ความคิดเห็นของผู้ป่วยและญาติต่อบริการที่ได้รับ เป็นต้น

การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมีจุดเน้นที่การพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลสู่การพยาบาลที่มีคุณภาพ คือการมีเชื่อมโยงระหว่างการให้บริการพยาบาลและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่มีความเป็นเลิศตามมาตรฐานที่กำหนด การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้องครอบคลุมให้เป็นไปตามมาตรฐานโครงสร้าง (Structure) ซึ่งเป็นเรื่องเกี่ยวกับ โครงสร้างทางกายภาพ โครงสร้างการบริหาร ระบบบริหาร ทรัพยากรบุคคล ระบบการจัดการ อุปกรณ์เครื่องมือต่าง ๆ เป็นต้น มาตรฐานเชิงกระบวนการ (Process) ซึ่งเกี่ยวข้องกับเรื่องการปฏิบัติเชิงวิชาชีพ การปฏิบัติการพยาบาล การบันทึกรายงาน และการปรับปรุงคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัด เป็นต้น และผลลัพธ์ (Outcome) เป็นเรื่องของผลลัพธ์ที่ดีที่ต้องการให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อ ผู้ป่วยปลอดภัยจากการบาดเจ็บ เป็นต้น

มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดจะบ่งบอกถึงคุณภาพของการให้บริการพยาบาล ประกันคุณภาพได้ ว่าบริการพยาบาลที่จัดให้ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดจะมีผลลัพธ์ในทางบวก มาตรฐานการพยาบาลผ่าตัดต้องมีความเที่ยงตรง และชัดเจน ผู้ปฏิบัติสามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้จริง และสามารถประเมินตรวจสอบได้เอกสารการตรวจสอบที่สำคัญคือ บันทึกทางการพยาบาล ดังนั้นห้องผ่าตัดทุกแห่งควรมีการพัฒนาคุณภาพของแบบบันทึกทางการพยาบาลให้เกิดประโยชน์ทั้งผู้ป่วย และเป็นหลักฐานว่าพยาบาลห้องผ่าตัดได้ปฏิบัติอะไรบ้างให้แก่ผู้ป่วย

สมาคมพยาบาลห้องผ่าตัด (AORN, 1983 อ้างในเรณู อาจสาลี, 2540) ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยในห้องผ่าตัด ได้กำหนดมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ของการพยาบาลผู้ป่วยทางห้องผ่าตัดไว้ดังนี้ ผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดจะต้องมีความรู้ในเรื่องเกี่ยวกับการผ่าตัดของตนเอง และการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องขณะที่ได้รับการรักษาทางด้านศัลยกรรม จะต้องปลอดภัยจากการติดเชื้อ มีผิวหนังที่อยู่ในสภาพปกติเหมือนเดิมก่อนผ่าตัด ปลอดภัยจากอันตรายที่เกิดจากการจัดทำสำหรับการผ่าตัด และปลอดภัยจากการใช้สารเคมีที่ใช้ในการผ่าตัด ต้องมีความสมดุลน้ำและอิเล็กโทรไลต์ และต้องให้ความร่วมมือขณะพักฟื้น เพื่อให้ร่างกายกลับสู่สภาพปกติโดยเร็ว

ขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด

คณะกรรมการพัฒนาการปฏิบัติพยาบาลของสมาคมพยาบาลผัดตนานาชาติ (AORN Nursing Practice Committee: NPC, 1997 อ้างถึงในกันยา ออประเสริฐ, 2542) ได้กำหนดมาตรฐานขั้นตอนการประเมินและพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด โดยใช้แนวทางการประเมินและการพัฒนาบริการพยาบาลของ Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization (JCAHO) (1990 อ้างถึงในกันยา ออประเสริฐ, 2542; วิภาดา คุณาวิทิตกุล, 2542; Huber, 2000) ได้กำหนดแนวทางการดำเนินการไว้ 10 มาตรฐาน ดังนี้

มาตรฐานที่ 1 การมอบหมายความรับผิดชอบในการดำเนินการและประเมินผลการพัฒนาคุณภาพบริการผ่าตัด

1.1 การมอบหมายหน้าที่ผู้รับผิดชอบ ดำเนินการโครงการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นพยาบาลระดับบริหาร อาทิเช่นหัวหน้างาน ผู้ตรวจการ นักการศึกษา หัวหน้าห้องผ่าตัด ซึ่งจะต้องเข้าร่วมกิจกรรมและติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

1.2 ผู้รับผิดชอบโครงการต้องมีการวางแผนงานพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล โดยกำหนดวิสัยทัศน์ (Vision) พันธกิจ (Mission) ปรัชญา (Philosophy) เป้าหมาย (Objective) ของการบริการพยาบาลไว้เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างเป็นระบบและชัดเจน และมีการสื่อสารให้ผู้ปฏิบัติในห้องผ่าตัดรับทราบและเข้าใจ

มาตรฐานที่ 2 การกำหนดขอบเขตของกิจกรรมบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด

เป็นการกำหนดภารกิจในหน่วยงานหรือแผนกต่าง ๆ ในห้องผ่าตัดซึ่งเป็นการอธิบายว่าแผนกนั้น ๆ จะให้บริการอะไรบ้าง ผู้รับบริการเป็นผู้ป่วยประเภทใด ใครเป็นผู้ให้บริการ และให้บริการเวลาใดบ้าง

มาตรฐานที่ 3 ระบุถึงบริการพยาบาลที่เป็นจุดสำคัญที่จะต้องพัฒนา

เป็นการจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมพยาบาลที่จำเป็นต้องได้รับการพัฒนา ก่อน ได้แก่

1. กิจกรรมการพยาบาลซึ่งปฏิบัติกับผู้ป่วยจำนวนมากหรือเป็นประจำ (High-volume) อาทิเช่นกิจกรรมการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การใช้เทคนิคปลอดเชื้อ

2. กิจกรรมการพยาบาลที่มีความเสี่ยง (High-risk) ได้แก่ กิจกรรมซึ่งจะทำให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย ถ้าปฏิบัติไม่ถูกต้อง

3. กิจกรรมการพยาบาลที่ก่อให้เกิดปัญหาได้ง่ายทั้งต่อผู้ป่วยและพยาบาลห้องผ่าตัด (Problem-prone) อาทิเช่นกิจกรรมการพยาบาลที่จะเป็นสาเหตุของความวิตกกังวล กิจกรรมการพยาบาลที่มักจะถูกละเลยหรือไม่สมบูรณ์

มาตรฐานที่ 4 ระบุเครื่องชี้วัดคุณภาพกิจกรรมบริการพยาบาล (Quality indicators)

เครื่องชี้วัดคุณภาพจะกำหนดตามมาตรฐานเชิงโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์

1. เครื่องชี้วัดตามโครงสร้าง วัดได้จาก
 - 1.1 การบริหารจัดการการใช้สิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงานอย่างปลอดภัย
 - 1.2 การบริหารจัดการเกี่ยวกับการเงิน อัตรากำลังของบุคลากรในห้องผ่าตัด จำนวนเครื่องมือเครื่องใช้ในห้องผ่าตัด
 - 1.3 การสื่อสารและการที่บุคลากรในห้องผ่าตัดได้นำแผนงานพัฒนาคุณภาพการพยาบาลไปใช้
 2. เครื่องชี้วัดตามกระบวนการ วัดได้จากขั้นตอนของการปฏิบัติพยาบาลในห้องผ่าตัดตามมาตรฐาน คือตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลการบริหารจัดการกับภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในห้องผ่าตัดตามนโยบายหรือแผนงาน
 3. เครื่องชี้วัดผลลัพธ์ เป็นเครื่องชี้วัดผลที่เกิดจากการที่ผู้ป่วยได้รับบริการพยาบาลวัดได้จากสถานะของผู้ป่วยภายหลังได้รับบริการพยาบาลในห้องผ่าตัด เช่น หลังผ่าตัดไม่มีภาวะติดเชื้อ ไม่เกิดอันตรายจากการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า เป็นต้น
- เครื่องชี้วัดนี้ต้องสามารถวัดประเด็นสำคัญของบริการพยาบาลได้จริงในเชิงปริมาณ เพื่อสามารถตรวจสอบประเมินคุณภาพของการพยาบาลได้

มาตรฐานที่ 5 กำหนดระดับของการประเมินคุณภาพการพยาบาลของเครื่องชี้วัด

ระดับของการประเมินต้องกำหนดตามเครื่องชี้วัดแต่ละตัว การกำหนดระดับของเครื่องชี้วัด ต้องอาศัยประสบการณ์ของพยาบาลห้องผ่าตัดในหน่วยงานนั้น ๆ เป็นผู้กำหนดระดับของเครื่องชี้วัด ซึ่งการตั้งเกณฑ์อาจใช้ต่ำกว่า 100% ก็ได้ ในการระบุเกณฑ์ที่ยอมรับอาจจะระบุเป็นเปอร์เซ็นต์ หรือเป็นตัวเลข หรือเป็นข้อความก็ได้ อาจจะเขียนได้ทั้งในแง่บวกและแง่ลบ ซึ่งการอ้างอิงจะขึ้นกับทฤษฎี ผลงานวิจัย ประสบการณ์ หรือการศึกษาที่ผ่านมา (วิภาดา คุณาวิฑิตกุล และคณะ, 2542)

มาตรฐานที่ 6 เก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล

กำหนดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับเครื่องชี้วัดแต่ละตัว วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล อาจใช้วิธีการสังเกต สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ศึกษาจากเอกสารต่าง ๆ หรือ สังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาลโดยตรง การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ไม่จำเป็นต้องใช้วิธีการทางวิทยาศาสตร์ดังเช่นการเก็บข้อมูลในการวิจัย

มาตรฐานที่ 7 ประเมินคุณภาพบริการพยาบาลจากการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ทำให้ทราบผลการประเมินการปฏิบัติงานโดยเปรียบเทียบกับระดับของตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ เพื่อวางแผนและกำหนดกิจกรรมบริการพยาบาลต่อไป

มาตรฐานที่ 8 วางแผนและดำเนินการเพื่อพัฒนาปรับปรุงบริการพยาบาล

ถ้าวิเคราะห์ข้อมูลแล้วได้ผลอยู่ในระดับที่ตั้งเป้าหมายไว้แล้ว ก็ยังคงปฏิบัติเช่นเดิมต่อไป แต่ถ้าพบว่ากิจกรรมการพยาบาลนั้นต่ำกว่าที่กำหนดไว้ จะต้องวางแผนและกำหนดกิจกรรมเพื่อให้ได้ผลการประเมินอยู่ในระดับที่เหมาะสม เมื่อปรับปรุงหรือแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นแล้ว เช่นถ้าเป็นปัญหาด้านความรู้ ต้องจัดโปรแกรมให้ความรู้ การศึกษาต่อ การจัดเก็บข้อมูลหรือการเขียนข้อมูลข่าวสาร หรือถ้าเป็นปัญหาเกี่ยวกับระบบ ต้องปรับปรุงการสื่อสาร ปรับเปลี่ยนโครงสร้าง บุคลากร หรือปรับเปลี่ยนเกี่ยวกับเครื่องมือหรือแบบฟอร์มการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นต้น

มาตรฐานที่ 9 ประเมินผลการปฏิบัติการที่ปรับเปลี่ยนแล้ว และบันทึกผลที่ได้

ภายหลังการปฏิบัติการเพื่อแก้ปัญหาหรือปรับปรุงบริการพยาบาล ต้องติดตามผลลัพธ์ของการปฏิบัติการนั้น และบันทึกไว้เป็นหลักฐาน เพื่อให้เกิดการพัฒนาการบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

มาตรฐานที่ 10 รวบรวมข้อมูลและรายงานผลต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพขององค์กร

จะต้องมีการรวบรวม สรุปผล และรายงานผล เป็นระยะๆ ต่อผู้ร่วมงาน ผู้บริหาร และคณะกรรมการควบคุมคุณภาพขององค์กร การรายงานผลอาจทำในรูปของเอกสาร รายงานผลในที่ประชุมของห้องผ่าตัด อาจจะแสดงในรูปกราฟ หรือตารางเปรียบเทียบก็ได้

การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเป็นกระบวนการพลวัต (Dynamic) ที่ต้องกระทำต่อเนื่อง โดยบุคลากรทุกระดับทุกคนในหน่วยงานของห้องผ่าตัดต้องมีส่วนร่วมในการ

ทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อสร้างคุณภาพการบริการของห้องผ่าตัดโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การนำกิจกรรมต่าง ๆ มาใช้ในการบริการเพื่อปรับปรุงและพัฒนาการบริการพยาบาลในห้องผ่าตัดแต่ละแห่งอาจมีรูปแบบแตกต่างกัน ขึ้นกับนโยบาย งบประมาณ ของแต่ละโรงพยาบาลแต่ทั้งนี้จะต้องเป็นรูปแบบมาตรฐานบริการผ่าตัดที่ครอบคลุมทิศทางการปฏิบัติงานที่ชัดเจน การบริหารจัดการทรัพยากรและกระบวนการให้บริการที่เหมาะสม ระบบติดตามประเมินผลซึ่งเป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นผลของการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด อันจะนำไปสู่กิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง

ตอนที่ 3 แนวคิดเกี่ยวกับเครื่องชี้วัดคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัด

ในการสร้างและพัฒนาแบบประเมินคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัดเครื่องชี้วัดคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัดเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องมีและต้องมีการพัฒนาและกำหนดให้มีใช้ในหน่วยงานห้องผ่าตัด เพื่อการติดตามคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัด และแบบประเมินคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัดที่สร้างขึ้นนี้ต้องพัฒนาควบคู่ไปกับการกำหนดเครื่องชี้วัดคุณภาพที่ถูกต้องตามหลักวิชาการและมาตรฐานวิชาชีพ และบุคลากรทีมพยาบาลผ่าตัดยอมรับ

3.1 ความหมายของเครื่องชี้วัดคุณภาพ

เครื่องชี้วัด เป็นตัวเตือนหรือพยากรณ์ว่ามีการเบี่ยงเบนไปจากค่าปกติวิสัย (Norm) ซึ่งแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงได้ทั้งทางบวกและทางลบ เครื่องชี้วัดที่ดีประกอบด้วยคุณสมบัติดังต่อไปนี้ (วิภาดา คุณาวิฑิตกุล, 2542)

1. มีความเที่ยงตรงและถูกต้อง
2. ตั้งอยู่บนฐานของความรู้และประสบการณ์ทางคลินิกที่ทันสมัย
3. สามารถวัดได้
4. ใช้เฉพาะเจาะจง
5. มีความตรงตามประเด็น

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิรัฐม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ (2543) ที่ได้กล่าวถึงคุณสมบัติของเครื่องชี้วัดคุณภาพที่ดีไว้ว่า เครื่องชี้วัดคุณภาพที่ดีต้องมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. สะท้อนถึงพันธกิจหลัก จุดร่วมของหน่วยงานและกระบวนการให้บริการแก่ผู้ให้บริการและดูแลรักษาผู้ป่วยที่สำคัญของโรงพยาบาล ตลอดจนมุ่งประเมินกระบวนการที่มีความเสี่ยงสูงหรือมักพบปัญหาความผิดพลาดได้บ่อยและเป็นปัญหาสำคัญ

2. สะท้อนมุมมองความต้องการและความคาดหวังของผู้ใช้บริการ ผู้ให้บริการ และผู้บริหาร
3. มีความถูกต้อง (Valid) น่าเชื่อถือ (Reliable) และมีความไวในการตรวจหาความเปลี่ยนแปลง (Responsive) สามารถอ้างอิงได้ตามหลักวิชาการและมาตรฐานคุณภาพที่เป็นที่ยอมรับ
4. เครื่องชี้วัดที่ได้นั้นได้จากข้อมูลที่โรงพยาบาลมีศักยภาพเพียงพอที่จะเก็บอย่างถูกต้องประกอบเป็นชุดเครื่องชี้วัด ซึ่งสามารถเป็นเครื่องประเมินได้ทั้งโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์

เครื่องชี้วัดคุณภาพ หมายถึง สิ่งที่ใช้ตรวจตราคุณภาพซึ่งบอกได้ถึงความเหมาะสมของการให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย ตัวอย่างตัวชี้วัดได้แก่การตาย การติดเชื้อในโรงพยาบาล แผลกดทับ ปอดอักเสบ (Pneumonia) หลังผ่าตัด โดยตัวชี้วัดควรจะเป็นปรนัยและชัดเจน วัดได้เที่ยงตรง เชื่อถือได้ และมีประสิทธิภาพ (วิภาดา คุณาวิฑูกร, 2538)

เครื่องชี้วัด หมายถึง ตัวแปรที่กำหนดขึ้นเพื่อใช้วัดความเปลี่ยนแปลง หรือใช้บ่งบอกสถานภาพ หรือสะท้อนลักษณะการดำเนินงาน เป็นสิ่งที่มีความสัมพันธ์กับเกณฑ์มาตรฐาน สามารถใช้วัดความสำเร็จ หรือวัดผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้น เป็นเครื่องมือที่ช่วยในการระบุปัญหา การวางแผน และประเมินผลการพัฒนา ใช้ประเมินวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่ตั้งไว้ว่าบรรลุหรือสำเร็จเพียงใด (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2540)

เครื่องชี้วัดคุณภาพ หมายถึง เครื่องมือที่ใช้เป็นแนวทางในการติดตาม ประเมินผล และพัฒนาสมรรถนะการดำเนินการขององค์กร (ยุพิน อังสุโรจน์, 2543) ตัวอย่างเครื่องชี้วัดคุณภาพบริการพยาบาลมีดังนี้ ระยะเวลาครองเตียง อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน สภาวะของร่างกายและจิตใจ ความพึงพอใจของผู้รับบริการ และการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ เป็นต้น (ยุพิน อังสุโรจน์, 2541)

เครื่องชี้วัด (Indicators) หมายถึง เกณฑ์ที่ใช้ในการวัดการปรับปรุงการปฏิบัติงาน และการประเมินการปฏิบัติงานขององค์กร การปฏิบัติงานทางคลินิก โครงสร้างขององค์กร กระบวนการ และผลลัพธ์ (Dienemann & Nyberg, 1998 อ้างถึงในดุชนี ยศทอง, 2542)

เครื่องชี้วัดคุณภาพ เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวัด คัดกรอง หรือส่งสัญญาณในการเฝ้าติดตาม ประเมินคุณภาพบริการ ซึ่งสามารถเป็นเครื่องประเมินได้ทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ รวมถึงการปรับปรุงคุณภาพบริการโดยวิธีการประเมินคุณภาพระหว่างกระบวนการของการให้บริการกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และยังเป็นเครื่องมือในการช่วยนำไปสู่การทบทวนหรือการสอบสวนกระบวนการของการบริการหรือการดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อให้ได้รับคำตอบที่ชัดเจนต่อไป (Collopy & Balding, 1993; Hofer, et al., 1997 อ้างถึงในจิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ, 2543)

เครื่องชี้วัดคุณภาพ หมายถึง สิ่งที่ใช้บอกถึงลักษณะสำคัญในการดูแลและบริการ ซึ่งในการกำหนดเครื่องชี้วัดต้องกำหนดให้ชัดเจนทั้งในด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ เครื่องชี้วัดจะต้องมีความเป็นปรนัย วัดได้และช่วยชี้แนะให้เกิดความสนใจในปัญหาหรือโอกาสในการปรับปรุงคุณภาพ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2542)

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้นอาจสรุปได้ว่าเครื่องชี้วัดคุณภาพบริการพยาบาล หมายถึง เครื่องมือที่ใช้เป็นแนวทางในการเฝ้าติดตามกระบวนการในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย การประเมินผล และพัฒนาสมรรถนะการดำเนินการขององค์กรเพื่อการปรับปรุงคุณภาพบริการพยาบาล เครื่องชี้วัดคุณภาพเป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์ต่อการประเมิน การปรับปรุงคุณภาพของกระบวนการรักษาพยาบาลและการให้บริการของโรงพยาบาลช่วยให้ผู้ปฏิบัติใช้เป็นเครื่องมือในการทำการประเมินตนเอง และยังใช้เป็นเครื่องมือสำหรับหัวหน้างานในการบริหารจัดการ ให้การดำเนินการที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบได้ผลดีและมีประสิทธิภาพ

3.2 ประเภทของเครื่องชี้วัดคุณภาพ

Bernstein and Hiborne (1993 อ้างถึงในจิรัฐม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ, 2543) ได้เสนอประเภทของเครื่องชี้วัดคุณภาพโดยพิจารณาจากมิติคุณภาพของ Donabedian (1980) ซึ่งประกอบไปด้วยโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ และได้เสนอให้เครื่องชี้วัดคุณภาพมี 3 ประเภท คือ

1. เครื่องชี้วัดคุณภาพเชิงโครงสร้าง (Structural indicators) เป็นเครื่องชี้วัดคุณภาพที่ประเมินด้านโครงสร้างของการจัดบริการของระบบ เช่น จำนวนเตียงของสถานพยาบาล
2. เครื่องชี้วัดคุณภาพเชิงกระบวนการ (Process indicators) เป็นเครื่องชี้วัดคุณภาพที่ประเมินกระบวนการ กิจกรรม หรือขั้นตอนในการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เกิดขึ้น เช่น เครื่องชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการให้ยาผู้ป่วย การรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ เป็นต้น
3. เครื่องชี้วัดคุณภาพเชิงผลลัพธ์ (Outcome indicators) เป็นเครื่องชี้วัดคุณภาพที่ประเมินสิ่งที่เกิดขึ้น หรือไม่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย อันเป็นผลลัพธ์จากกระบวนการให้บริการการดูแล ซึ่งอาจแบ่งได้เป็นผลลัพธ์ระหว่างกระบวนการ ซึ่งจะเป็นปัจจัยนำเข้าแก่ขั้นตอนต่อไปในการบริการ เช่นการได้รับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ถูกต้อง และผลลัพธ์สุดท้าย ได้แก่ สิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย รวมถึงความพิการ การเสียชีวิต หรือความพึงพอใจของผู้ป่วย จากการศึกษาของ Mark (1989 อ้างถึงในยุพิน อังสุโรจน์, 2541) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องผลลัพธ์ (Outcome) ของการ

บริการพยาบาล พบว่าผลลัพธ์ของการบริการพยาบาล ได้แก่ ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย อัตราความผิดพลาดของการให้ยา อัตราการหกล้ม และอัตราการติดเชื้อ เป็นต้น

3.3 เกณฑ์ในการเลือกเครื่องชี้วัด

การพิจารณาเครื่องชี้วัดที่นำมาใช้โดย Care Evaluation Program (CEP) ของ Australian Council on Healthcare Standards (ACSH) (Collopy and Balding, 1993 อ้างถึงในจิรัฐม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ, 2543) ประกอบด้วยเกณฑ์ 3 ประการคือ

1. มีข้อมูลพร้อม การเก็บข้อมูลไม่เป็นภาระต่อการใช้ทรัพยากรของโรงพยาบาลมากเกินไป
2. เครื่องชี้วัดมีความเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานด้านคลินิกด้านใดด้านหนึ่งโดยเฉพาะคือเป็นความผิดปกติที่พบบ่อยหรือเป็นอาการแทรกซ้อนที่สำคัญ
3. ระดับการประเมินสำหรับเครื่องชี้วัดที่กำหนดไว้นั้นอยู่ในวิสัยที่สามารถบรรลุผลได้

Maryland Hospital Association (MHA) (Kazandjian, et al., 1993 อ้างถึงในจิรัฐม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ, 2543) ใช้เกณฑ์ 3 ประการในการเลือกเครื่องชี้วัด คือ

1. สามารถประเมินแง่มุมของบริการได้ในเชิงปริมาณ
2. ได้รับการนิยามที่เป็นที่ยอมรับได้จากทุกฝ่าย
3. ส่งเสริมให้มีการเก็บข้อมูลที่มีความหมายและมีศักยภาพในการนำมาใช้ เพื่อการปรับปรุงคุณภาพของการดูแลผู้ป่วย

3.4 เครื่องชี้วัดคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัด

ในการกำหนดเครื่องชี้วัดคุณภาพของการบริการพยาบาลจำเป็นต้องแยกแยะในด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องแล้วจึงกำหนดเครื่องชี้วัดเพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการวัดหรือประเมิน สำหรับการประเมินคุณภาพบริการพยาบาลนั้นได้มีการใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพบริการหลาย ๆ อย่างมาเป็นเกณฑ์ในการประเมิน ซึ่งผู้บริหารทางการพยาบาลจำเป็นต้องเลือกใช้ให้เหมาะสม จากการศึกษาของ King (1989 อ้างถึงในพินิจ ปรีชาชนนท์ และนवलลลอ ศรีโพธิ์ทอง, 2537) ได้ทำการศึกษาโครงการประกันคุณภาพบริการพยาบาล ได้ระบุตัวชี้วัดมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ของการพยาบาลไว้ว่าตัวชี้วัดสามารถดูได้จากภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัด แบบบันทึกอุบัติเหตุ

การบาดเจ็บขณะผ่าตัด เช่น รอยไหม้จากเครื่องใช้ไฟฟ้า (Electrical burns) ผิวหนังได้รับบาดเจ็บ (Skin breakdown) อากาชา (Numbness) เป็นต้น สถิติการติดเชื้อภายใน 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และความพึงพอใจบริการพยาบาลของผู้ป่วย เป็นต้น

เครื่องใช้วัดคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัด เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวัด การติดตาม การประเมินและการตัดสินใจบริการพยาบาลผ่าตัด โดยเทียบกับเกณฑ์ แล้วนำผลการตัดสินใจมาปรับปรุงบริการพยาบาลผ่าตัดเพื่อให้มีคุณภาพสูงขึ้น (พินิจ ปริชานนท์, 2545) ซึ่งกองการพยาบาล (2539) ได้กำหนดเครื่องใช้วัดคุณภาพสำหรับการประเมินคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัดซึ่งถือเป็นเกณฑ์ขั้นต่ำที่ต้องมีในการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด

การศึกษาแบบประเมินคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัดในครั้งนี้ ได้มาโดยการศึกษา ค้นคว้า และพัฒนาจากแนวคิดและหลักการดังต่อไปนี้

1. แบบวิเคราะห์งานบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด (กองการพยาบาล, 2539) ในหมวดคุณภาพการพยาบาล และหมวดกิจกรรมคุณภาพ
2. มาตรฐานโรงพยาบาล แนวทางพัฒนาคุณภาพ โดยมุ่งผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางฉบับปี ภาญจนาภิเษก (2541) ในส่วนมาตรฐานการบริการผ่าตัด/ห้องผ่าตัดที่มุ่งเน้นกิจกรรมพัฒนาคุณภาพซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมติดตาม ประเมินและพัฒนาคุณภาพของบริการผ่าตัด/ห้องผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง
3. มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล ในส่วนมาตรฐานการพยาบาล การบริการผู้ป่วยผ่าตัด (กองการพยาบาล, 2542)
4. เครื่องใช้วัดคุณภาพโรงพยาบาล (จิรัฐม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ, 2543)

โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. แบบวิเคราะห์งานบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด
กองการพยาบาล (2539) ได้กำหนดรายละเอียดการบริการพยาบาลผ่าตัด ซึ่งแบ่งออกเป็นออกเป็น 4 หมวด คือ
 1. หมวดการบริหารการพยาบาล ครอบคลุมประเด็นต่าง ๆ ดังต่อไปนี้
 - 1.1 ทิศทางในการบริหารการพยาบาลในหน่วยงานชัดเจน
 - 1.2 บริหารงานภายในหน่วยงานอย่างมีประสิทธิภาพ
 - 1.3 ทีมให้บริการพยาบาลมีความพร้อมในการให้บริการในหน่วยงานอย่างมีประสิทธิภาพ
 - 1.4 การเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้และเวชภัณฑ์ที่จำเป็น
 - 1.5 การจัดสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกในการให้บริการมีประสิทธิภาพ

และปลอดภัย

1.6 การจัดระบบความปลอดภัย

2. หมวดคุณภาพการพยาบาล ครอบคลุมประเด็นต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

2.1 ให้บริการพยาบาลผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ

2.1.1 มีการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

- 1) อย่างน้อยร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดใหญ่ตามปกติ
- 2) ทุกรายที่มีภาวะเสี่ยง

2.1.2 มีการตรวจสอบความถูกต้องครอบคลุมตั้งแต่ตัวผู้ป่วย และความพร้อมด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดอย่างมีลายลักษณ์อักษร

2.1.3 มีการบันทึกผลการประเมินสภาวะผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

2.1.4 ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากกระบวนการผ่าตัด

- 1) ไม่พบรอยไหม้จากเครื่องจี้ และตัดด้วยไฟฟ้า
- 2) ไม่พบรอยฟกช้ำ
- 3) ไม่พบเครื่องมือ และ/หรือ ผ้าซับโลหิตตกค้างในตัวผู้ป่วย
- 4) ไม่พบแผลกดทับหรือการไหลเวียนของโลหิตไม่ดีจากการจัดทำ

หรือการผูกมัด

2.1.5 ไม่พบการติดเชื้อจากกระบวนการผ่าตัดภายหลังการผ่าตัด 72 ชั่วโมง
ในผู้ป่วยผ่าตัดที่มีแผลสะอาด

2.1.6 มีการเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด

- 1) อย่างน้อยร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดใหญ่ตามปกติ
- 2) ทุกรายที่มีภาวะเสี่ยง

3. หมวดระบบข้อมูลข่าวสารในหน่วยงาน ครอบคลุมประเด็นต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

3.1 ระบบการจัดเก็บข้อมูลของหน่วยงานมีคุณภาพ

3.2 มีการให้ความรู้และฝึกอบรมเกี่ยวกับการจัดเก็บ และวิเคราะห์ข้อมูลให้กับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานห้องผ่าตัด

3.3 มีการนำข้อมูลไปใช้ในการบริหารจัดการปรับปรุงพัฒนางาน

3.4 มีการบันทึกทางการพยาบาลที่สะท้อนให้เห็นถึงกิจกรรมการพยาบาลที่ตอบสนองต่อปัญหาผู้ป่วยทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

4. หมวดกิจกรรมคุณภาพ ครอบคลุมประเด็นต่าง ๆ ดังต่อไปนี้
 - 4.1 หัวหน้าหน่วยงานให้การสนับสนุนกิจกรรมการวิเคราะห์ ประเมิน และการปรับปรุงคุณภาพ
 - 4.2 มีกระบวนการติดตามประเมิน และพัฒนาคุณภาพโดยเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานมีส่วนร่วมด้วย
 - 4.2.1 มีการวิเคราะห์ระบบบริการพยาบาลในหน่วยงานอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
 - 4.2.2 การวัดและประเมินคุณภาพบริการพยาบาลในหน่วยงานอย่างน้อย 1-2 ปี ต่อครั้ง
 - 4.3 มีการเฝ้าติดตามและเก็บข้อมูล สถิติ ซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดที่สำคัญของหน่วยงาน ได้แก่
 - 4.3.1 ระยะเวลาการผ่าตัด
 - 4.3.2 อัตราการติดเชื้อจากแผลผ่าตัด
 - 4.3.3 อัตราตาย
 - 4.3.4 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้
 - 4.3.5 ระยะเวลาการตาม dõiงานผ่าตัด
 - 4.4 มีการวิเคราะห์หาค้นหาข้อบกพร่องในการให้บริการผู้ป่วย
 - 4.5 มีการรายงานผลการเฝ้าติดตามและการวิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพการพยาบาลให้กับผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องทราบ
 - 4.6 มีการปรับปรุงระบบบริการจากผลการเฝ้าติดตามและการวิเคราะห์ข้อมูล และจากข้อเสนอแนะของผู้ใช้บริการ

ในการศึกษาแบบประเมินคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัดครั้งนี้ได้ทำการศึกษาในหมวดคุณภาพการพยาบาล และหมวดกิจกรรมคุณภาพ ซึ่งครอบคลุมประเด็นต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. ให้บริการพยาบาลผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ
 - 1.1 มีการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด
 - 1.1.1 อย่างน้อยร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดใหญ่ตามปกติ
 - 1.1.2 ทุกรายที่มีภาวะเสี่ยง
 - 1.2 มีการตรวจสอบความถูกต้องครอบคลุมตั้งแต่ตัวผู้ป่วย และความพร้อมด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดอย่างมีลายลักษณ์อักษร
 - 1.3 มีการบันทึกผลการประเมินสภาวะผู้ป่วยก่อนผ่าตัด
 - 1.4 ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากกระบวนการผ่าตัด

- 1.4.1 ไม่พบรอยไหม้จากเครื่องจักร และตัดด้วยไฟฟ้า
- 1.4.2 ไม่พบรอยฟกช้ำ
- 1.4.3 ไม่พบเครื่องมือ และ/หรือผ้าซับโลหิตตกค้างในตัวผู้ป่วย
- 1.4.4 ไม่พบแผลกดทับหรือการไหลเวียนของโลหิตไม่ดีจากการจัดท่า

หรือการผูกมัด

- 1.5 ไม่พบการติดเชื้อจากกระบวนการผ่าตัดภายหลังการผ่าตัด 72 ชั่วโมงในผู้ป่วยผ่าตัดที่มีแผลสะอาด
 - 1.6 มีการเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด
 - 1.6.1 อย่างน้อยร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดใหญ่ตามระบบปกติ
 - 1.6.2 ทุกรายที่มีภาวะเสี่ยง
- 2. มีการเฝ้าติดตามและเก็บข้อมูล สถิติ ซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดที่สำคัญของหน่วยงานได้แก่
 - 2.1 อัตราการติดเชื้อจากแผลผ่าตัด
 - 2.2 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

2. มาตรฐานโรงพยาบาล

จากแนวทางพัฒนาคุณภาพโดยมุ่งผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ฉบับปีพ.ศ. ๒๕๖๓ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541) กำหนดมาตรฐานการบริการผ่าตัด/ห้องผ่าตัดที่ครอบคลุมทิศทางการทำงานที่ชัดเจน ทรัพยากรที่เหมาะสม ระบบงาน หรือกระบวนการทำงานที่เหมาะสม ระบบติดตามประเมินคุณภาพ ซึ่งเป็นตัวสะท้อนผลการดำเนินงาน และนำไปสู่กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

มาตรฐานบริการพยาบาลผ่าตัด/ห้องผ่าตัด มี 9 ข้อ คือ

1. พันธกิจ เป้าหมาย และวัตถุประสงค์

มีการกำหนดพันธกิจ ปรัชญา ขอบเขต เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของการจัดบริการผ่าตัด / ห้องผ่าตัดเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน

2. การจัดองค์กร และการบริหาร

มีการจัดองค์กรและการบริหารซึ่งเอื้ออำนวยต่อการให้บริการผ่าตัดตามพันธกิจที่กำหนดไว้ อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

3. การจัดการทรัพยากรบุคคล

มีการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อให้บริการผ่าตัดได้ตามพันธกิจที่กำหนดไว้ อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

4. การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

มีการเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้ และทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

5. นโยบาย และวิธีปฏิบัติ

มีนโยบาย และวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งสะท้อนความรู้และหลักการของวิชาชีพ ที่ทันสมัย สอดคล้องกับลักษณะงานของบริการผ่าตัดและกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง และเจ้าหน้าที่ยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

6. สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่

สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ เอื้ออำนวยต่อการให้บริการผ่าตัดอย่างสะดวก ปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

7. เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก

มีเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก ที่ได้มาตรฐานเพื่อให้บริการผ่าตัดได้อย่างปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

8. ระบบงาน/กระบวนการให้บริการ

มีระบบงานหรือกระบวนการให้บริการผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

9. กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการติดตาม ประเมินผล และพัฒนาคุณภาพของบริการผ่าตัด โดยการทำงานเป็นทีมและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมพัฒนาคุณภาพประกอบด้วย การติดตามศึกษาข้อมูลและสถิติ ซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดผลการปฏิบัติงานที่สำคัญ ข้อมูลและสถิติที่ควรติดตามศึกษา (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541) ได้แก่

1. อัตราการติดเชื้อ
2. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน
3. อัตราการเสียชีวิตในห้องผ่าตัด
4. อัตราการเสียชีวิตใน 48 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด
5. อัตราการผ่าตัดซ้ำใน 24 ชั่วโมงหลังการผ่าตัดโดยไม่ได้วางแผนไว้ก่อน
6. อัตราความคาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรคก่อนผ่าตัด

ในการศึกษาแบบประเมินคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัดในครั้งนี้ได้ทำการศึกษาที่ กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ซึ่งกิจกรรมพัฒนาคุณภาพประกอบด้วย การติดตามศึกษาข้อมูลและสถิติ

ซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดผลการปฏิบัติงานที่สำคัญ ข้อมูลและสถิติที่ควรติดตามศึกษา (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541) ได้แก่

1. อัตราการติดเชื้อ
2. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน

3. มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล

กองการพยาบาล (2542) ได้กำหนดมาตรฐานการพยาบาลการบริการผู้ป่วยผ่าตัด ไว้ว่ามาตรฐานการพยาบาลการบริการผู้ป่วยผ่าตัดมีขอบเขตครอบคลุมทั้งงานของพยาบาลห้องผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล สามารถใช้เป็นกรอบแนวคิดในการกำหนดมาตรฐานระดับหน่วยงาน มาตรฐานการพยาบาลนี้ประกอบด้วย

1. มาตรฐานการบริการพยาบาล 9 มาตรฐาน
2. มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล 4 มาตรฐาน
3. เกณฑ์ชี้วัดคุณภาพการพยาบาล 32 ตัวชี้วัด

ในการประเมินคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัดมุ่งเน้นถึงเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพการพยาบาลการบริการผู้ป่วยผ่าตัด ซึ่งเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพการพยาบาลการบริการผู้ป่วยผ่าตัด แบ่งออกเป็น 6 หมวด คือ

1. ระบบบริหารบริการพยาบาล ประกอบด้วยเกณฑ์ชี้วัด ดังนี้คือ
 - 1.1 ทิศทางการบริหารการพยาบาลชัดเจน
 - 1.2 เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลมีความพร้อมในการปฏิบัติงาน
 - 1.3 ระบบการจัดการความปลอดภัย
 - 1.4 แผนการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลสอดคล้องกับผลการศึกษาค้นคว้าความต้องการความจำเป็นในการพัฒนาหน่วยงาน (Needs assessment) และผลการวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ทางการพยาบาลในหน่วยงาน
 - 1.5 มีกิจกรรมทบทวนผลการเฝ้าระวังคุณภาพการพยาบาลตามเกณฑ์ชี้วัด
2. การลดต้นทุนการพยาบาล
3. การพิทักษ์สิทธิผู้ใช้บริการ
 - 3.1 พยาบาลวิชาชีพทีมผ่าตัดเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยขณะผ่าตัด
 - 3.2 จำนวนข้อร้องเรียนในประเด็นการถูกละเมิดสิทธิ

4. การเข้าถึงบริการ
 - 4.1 พยาบาลทีมผ่าตัดพร้อมให้บริการผ่าตัดตลอด 24 ชั่วโมง
5. คุณภาพบริการพยาบาล
 - 5.1 การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด
 - 5.1.1 ผู้ป่วยรับการผ่าตัดตามนัด (Elective case) ได้รับการเยี่ยมและประเมินปัญหาก่อนวันผ่าตัด
 - 5.1.2 จำนวนอุบัติการณ์การเลื่อนผ่าตัดเนื่องจากความพร้อมของผลการตรวจทางห้องทดลอง เอกสารรายงาน หรือร่างกายและจิตใจผู้ป่วยไม่พร้อม
 - 5.2 การเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์อุปกรณ์ เครื่องมือผ่าตัด เครื่องมือให้ยาระงับความรู้สึก และห้องผ่าตัด
 - 5.2.1 จำนวนอุบัติการณ์การเลื่อนผ่าตัดเนื่องจากอุปกรณ์ เครื่องมือผ่าตัด และห้องผ่าตัดไม่พร้อม
 - 5.3. การป้องกันความเสี่ยงหรืออันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วย
 - 5.3.1 จำนวนอุบัติการณ์การส่งผู้ป่วยผ่าตัดผิดคน (Mistaken patient identification)
 - 5.3.2 จำนวนอุบัติการณ์ผู้ป่วยบาดเจ็บจากการจัดท่า การผูกมัด การใช้เครื่องมือ
 - 5.3.3 จำนวนอุบัติการณ์การมีสิ่งของหรืออุปกรณ์ตกค้างในร่างกายผู้ป่วยหลังผ่าตัด
 - 5.3.4 อัตราการติดเชื้อที่แผลสะอาด (Clean wound infection)
 - 5.4 การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนเคลื่อนย้ายจากห้องผ่าตัด
 - 5.4.1 ผู้ป่วยได้รับการทำความสะอาดร่างกายและอบอุ่นร่างกายก่อนเคลื่อนย้ายจากห้องผ่าตัด
 - 5.4.2 ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังระดับความรู้สึกตัว การหายใจ และระบบไหลเวียนในห้องพักฟื้นอย่างใกล้ชิดตามมาตรฐานการเฝ้าระวังผู้ป่วยหลังผ่าตัด
 - 5.5 การช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัด
 - 5.5.1 ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมหลังผ่าตัด
 - 5.5.2 ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมทราบข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดและวิธีปฏิบัติตนหลังผ่าตัด
6. การบริการประทับใจ

ซึ่งเกณฑ์ที่วัดคุณภาพการพยาบาลนี้ กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาขึ้นโดยนำผลลัพธ์ที่คาดหวังจากมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล และเกณฑ์การประเมินมาตรฐานการบริการพยาบาล มากำหนดเป็นตัวชี้วัดและเกณฑ์การประเมินคุณภาพโดยมีจุดมุ่งหมายจะใช้เป็นเกณฑ์กลางในการเปรียบเทียบระดับคุณภาพการพยาบาล และใช้เป็นเกณฑ์ในการตรวจสอบ และเฝ้าระวังคุณภาพการพยาบาล (กองการพยาบาล, 2542)

การศึกษาแบบประเมินคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัดในครั้งนี้มุ่งเน้นที่เกณฑ์ที่วัดคุณภาพการพยาบาลการบริการผู้ป่วยผ่าตัดในหมวดที่ 3 การพิทักษ์สิทธิผู้ใช้บริการ ในหมวดที่ 4 การเข้าถึงบริการ และในหมวดที่ 5 คุณภาพบริการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย

1. พยาบาลวิชาชีพทีมผ่าตัดเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยขณะผ่าตัด
 2. จำนวนข้อร้องเรียนในประเด็นการถูกละเมิดสิทธิ
 3. พยาบาลทีมผ่าตัดพร้อมให้บริการผ่าตัดตลอด 24 ชั่วโมง
 4. การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด
 - 4.1 ผู้ป่วยรับการผ่าตัดตามนัด (Elective case) ได้รับการเยี่ยมและประเมินปัญหาก่อนวันผ่าตัด
 - 4.2 จำนวนอุบัติการณ์การเลื่อนผ่าตัดเนื่องจากความไม่พร้อมของผลการตรวจทางห้องทดลอง เอกสารรายงาน หรือร่างการและจิตใจผู้ป่วยไม่พร้อม
 5. การเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์อุปกรณ์ เครื่องมือผ่าตัด เครื่องมือให้ยาระงับความรู้สึก และห้องผ่าตัด
 - 5.1 จำนวนอุบัติการณ์การเลื่อนผ่าตัดเนื่องจากอุปกรณ์ เครื่องมือผ่าตัด และห้องผ่าตัดไม่พร้อม
6. การป้องกันความเสี่ยงหรืออันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วย
 - 6.1 จำนวนอุบัติการณ์การส่งผู้ป่วยผ่าตัดผิดคน (Mistaken patient identification)
 - 6.2 จำนวนอุบัติการณ์ผู้ป่วยบาดเจ็บจากการจัดท่า การผูกมัด การใช้เครื่องมือ
 - 6.3 จำนวนอุบัติการณ์การมีสิ่งของหรืออุปกรณ์ตกค้างในร่างกายผู้ป่วยหลังผ่าตัด
 - 6.4 อัตราการติดเชื้อที่แผลสะอาด (Clean wound infection)
7. การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนเคลื่อนย้ายจากห้องผ่าตัด
 - 7.1 ผู้ป่วยได้รับการทำความสะอาดร่างกายและอบอุ่นร่างกายก่อนเคลื่อนย้ายจากห้องผ่าตัด
 - 7.2 ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังระดับความรู้สึกตัว การหายใจ และระบบไหลเวียนในห้องพักฟื้นอย่างใกล้ชิดตามมาตรฐานการเฝ้าระวังผู้ป่วยหลังผ่าตัด

- 7.3 ผู้ป่วยมีความพร้อมก่อนเคลื่อนย้ายจากห้องผ่าตัด
- 8. การช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัด
 - 8.1 ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมหลังผ่าตัด
 - 8.2 ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมทราบข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดและวิธีปฏิบัติตนหลังผ่าตัด

4. เครื่องชี้วัดคุณภาพโรงพยาบาล

ชุดเครื่องชี้วัดคุณภาพกลุ่มแนะนำ (Recommended Quality Indicator Set, R-QIS) (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ, 2543) สะท้อนเกณฑ์การเลือกเครื่องชี้วัดที่สำคัญและศักยภาพของโรงพยาบาล ประกอบด้วยเครื่องชี้วัด 22 ตัว ได้แก่

1. อัตราการตายรวมของผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Overall in-hospital mortality)
2. อัตราการตายของผู้ป่วยระหว่างผ่าตัด (Peri-operative mortality)
3. อัตราการตายของเด็กแรกเกิด (Neonatal mortality)
4. อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Overall hospital-acquired infection)
5. อัตราการติดเชื้อหลังผ่าตัด (Post operative infection)
6. อัตราการเกิดการแพ้ยา (Drug allergy)
7. อัตราการเกิดปฏิกิริยาจากการให้เลือด (Blood transfusion reaction)
8. อัตราการรับกลับเข้าโรงพยาบาลภายใน 28 วันโดยไม่ได้วางแผน
(Unplanned readmission within 28 days)
9. อัตราการผ่าตัดซ้ำในการอยู่โรงพยาบาลครั้งเดียวกัน (Re-operation during the same hospital stay)
10. อัตราเด็กเกิดน้ำหนักน้อยในหญิงฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล (Low-birth-weight babies of mothers attending the ANC clinic at the hospital)
11. ความสมบูรณ์ของเวชระเบียน (Medical record completeness)
12. อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก (Out-patient satisfaction)
13. อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยใน (In- patient satisfaction)
14. ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยของผู้ป่วยห้องฉุกเฉิน (Average emergency-patient waiting time)
15. ระยะเวลาวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยในกลุ่มวินิจฉัยโรคที่พบบ่อยที่สุด 10 กลุ่มแรก (Average length of stay of top 10 DRGs)
16. น้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยของผู้ป่วยในตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG relative weight, in-patients)

17. อัตราการผ่าตัดคลอด (Cesarean section)
18. อัตราความผิดปกติของการตรวจ CT scan ในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

(Abnormal findings in patients with head injury)

19. อัตราการเข้าประชุมของผู้อำนวยการในการประชุมคณะกรรมการอำนวยการด้านคุณภาพสูงสุดขององค์กร (Attendance of the hospital director in the quality steering committee)
20. อัตราการคงอยู่ของบุคลากรทางการแพทย์ (Medical personal retention)
21. อัตราการครองเตียง (Bed occupancy)
22. อัตราส่วนสินทรัพย์สภาพคล่องหมุนเร็ว (Quick ratio)

เครื่องชี้วัดคุณภาพนี้สามารถระบุถึงมิติของคุณภาพได้ 9 ด้าน คือ

1. ความสามารถ (Competence): ระดับความรู้ ทักษะ เทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ
2. ประสิทธิภาพ (Effectiveness): การบริการบรรลุถึงผลลัพธ์ของการรักษาที่เป็นที่ต้องการ ตอบสนองตรงตามความต้องการของผู้ป่วย (Responsiveness) และมีความสม่ำเสมอ (Consistency)
3. ความเหมาะสม (Appropriateness): ความถูกต้องตามข้อบ่งชี้ตามความจำเป็นของผู้ป่วยและหลักวิชาการ
4. ความปลอดภัย (Safety): ระดับของความเสี่ยงต่อผลลัพธ์ทางลบความผิดพลาดและผลข้างเคียงที่ไม่ต้องการ
5. ความต่อเนื่อง (Continuity): ผู้ป่วยได้รับบริการอย่างต่อเนื่อง มีการประสานงานที่ดี
6. ประสิทธิภาพ (Efficiency): ให้บริการโดยใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและทันต่อเวลา (Timeliness)
7. การเข้าถึงบริการ (Accessibility): ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ตามข้อบ่งชี้และในเวลาที่เหมาะสม
8. ความรับผิดชอบ (Accountability): การบริการเป็นที่ยอมรับ (Acceptability) มีความรับผิดชอบต่อผู้ป่วยและสังคมในสิ่งที่ดำเนินการ สามารถติดตามตรวจสอบและอธิบายได้
9. ความมุ่งมั่น (Commitment): มีความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

ในการศึกษาการศึกษาแบบประเมินคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัดครั้งนี้ได้กำหนด เครื่องชี้วัดคุณภาพโรงพยาบาลในส่วนที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัดจากแนวคิด ของจิรัตรม ศรีรัตนบัลล์ และคณะ (2543) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. อัตราการติดเชื้อหลังผ่าตัด (Post operative infection) เป็นการติดเชื้อหลัง ผ่าตัดเป็นผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ของการรักษา มีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อประเมินผลลัพธ์ของการ ดูแลรักษาพยาบาลส่วนหนึ่งของโรงพยาบาล ซึ่งบ่งถึงคุณภาพได้หลายมิติได้แก่ ด้านความปลอดภัย (Safety) และด้านประสิทธิผล (Effectiveness)

ตอนที่ 4 โครงการศึกษาแบบประเมินคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัด

4.1 แบบประเมินคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัด

โครงการศึกษาแบบประเมินคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัดในครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้นำ แนวคิดและขั้นตอนของการวิจัยและพัฒนา (Research and development) มาเป็นแนวทางใน การดำเนินโครงการดังนี้

แนวคิดการวิจัยและพัฒนา (Research and development) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ความหมายของการวิจัยและพัฒนา

การค้นคว้าวิจัยเป็นกระบวนการแสวงหาความรู้ใหม่ในทางวิทยาศาสตร์และการ พัฒนาเป็นการนำความรู้ทางวิทยาศาสตร์ไปประยุกต์ใช้ การวิจัยและพัฒนาจึงเป็นกระบวนการที่ ต้องอาศัยความรู้ทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีเป็นเครื่องมือในการค้นหาสิ่งใหม่ ๆ ซึ่งจะเป็น ประโยชน์ในการประยุกต์ใช้ต่อไป การวิจัยและพัฒนา (Research and development) หมายถึง งานสร้างสรรค์ที่มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบเพื่อเพิ่มพูนคลังความรู้เกี่ยวกับมนุษย์ วัฒนธรรม และสังคม และการใช้ความรู้เหล่านี้มาประยุกต์เพื่อก่อให้เกิดการผลิตสิ่งใหม่ ๆ (กมลวรรณ ญาณ ประภาส, 2543)

2. ประเภทของการวิจัยและพัฒนา

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (2534 อ้างถึงในกมลวรรณ ญาณประภาส, 2543) ได้แบ่งการวิจัยและพัฒนาเป็น 3 ประเภทคือ การวิจัยพื้นฐาน การวิจัยประยุกต์ และการ วิจัยขั้นพัฒนา โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การวิจัยพื้นฐาน (Basic research) เป็นการวิจัยในขั้นของการค้นหาความจริงในธรรมชาติ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหา ความรู้ แนวคิดและทฤษฎีใหม่ ๆ ผลลัพธ์ที่ได้จากการวิจัยนี้สามารถนำไปศึกษาวิจัยในประเภทอื่น ๆ ต่อไป

2. การวิจัยประยุกต์ (Applied research) เป็นการวิจัยที่ใช้ความรู้ที่มีอยู่แล้วมาศึกษาในเชิงประยุกต์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะนำไปผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้หรือพัฒนาต่อไป

3. การวิจัยขั้นพัฒนา (Development research) เป็นการวิจัยที่มุ่งไปสู่การนำไปผลิตหรือปรับใช้ได้ทางปฏิบัติ สิ่งที่ได้จากการวิจัยนี้คือการได้เทคโนโลยี ผลิตภัณฑ์ หรือบริการใหม่ หรือเป็นการพัฒนาคุณภาพให้ดีขึ้น

จะเห็นได้ว่า การวิจัยและพัฒนามีความแตกต่างระหว่างการวิจัยปกติทั่วไป เพราะในงานการวิจัยแบบธรรมดาทั่วไปผู้วิจัยดำเนินการศึกษาค้นคว้าเพื่อจุดมุ่งหมายอีกอย่างหนึ่ง คือ ไม่ได้มุ่งเพื่อการผลิตสิ่งใดสิ่งหนึ่งแต่เพื่อค้นหาความรู้ใหม่ (การวิจัยแบบมูลฐาน) หรือเพื่อตอบคำถามเฉพาะอย่างใดอย่างหนึ่งเกี่ยวกับปัญหาการปฏิบัติ (การวิจัยแบบประยุกต์) เพื่อให้สามารถนำไปใช้ทดสอบสมมติฐานที่ตั้งไว้ แต่การวิจัยและพัฒนาจะมีการนำผลที่ได้รับจากการวิจัยทั้งประเภทมูลฐานและประยุกต์มาใช้สร้างผลิตผลที่จะต้องทำการทดสอบให้พร้อมต่อการนำไปใช้ในองค์กรหรือสถาบันต่าง ๆ

3. ขั้นตอนการวิจัยและพัฒนา

จรรยา สุวรรณทัต (2537 อ้างถึงในกมลวรรณ ญาณประภาส, 2543) ได้เสนอขั้นตอนการวิจัยและพัฒนาไว้ดังนี้

1. การรวบรวมการวิจัยและข้อมูลขั้นแรกสุด จะรวมการทบทวนวรรณกรรม การวิจัยที่เกี่ยวข้อง การสังเกตภายในสถานการณ์ต่าง ๆ

2. การเตรียมการ รวมทั้งการให้คำนิยามทักษะ การระบุวัตถุประสงค์ การกำหนดลำดับขั้นตอนและการทดสอบความเป็นไปได้

3. การพัฒนาผลิตผลในรูปแบบขั้นต้น ขั้นนี้จะรวมการเตรียมวัสดุอุปกรณ์ หรือเนื้อหาในเชิงการสอนหรือถ่ายทอด คู่มือและเครื่องมือประเมิน

4. การทดสอบขั้นต้น อาจกระทำโดยใช้กลุ่มตัวอย่างไม่เกิน 10 คน รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากการสังเกตและแบบสอบถาม

5. การปรับปรุงผลิตผลในด้านสำคัญ ๆ โดยอาศัยการเสนอแนะจากผลที่ได้จากการทดลองภาคสนาม

6. การทดสอบภาคสนามขั้นสำคัญ มีตัวอย่างเพิ่มขึ้นเป็น 30 – 100 คน มีข้อมูล ทั้งเชิงปริมาณในผลที่เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง และมีการประเมินโดยเทียบเคียงกับวัตถุประสงค์ และกลุ่มเปรียบเทียบ

7. การปรับปรุงผลิตผลในขั้นนำไปใช้ แก้ไขปรับปรุงโดยอาศัยผลที่ได้รับจากการ ทดลองภาคสนามขั้นสำคัญ

8. การทดลองภาคสนามเพื่อการปฏิบัติ เกี่ยวข้องกับบุคคล 40 ถึง 200 คน เก็บ และวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การสังเกต และแบบสอบถาม

9. การปรับปรุงผลิตผลขั้นสุดท้าย ปรับปรุงผลิตผลตามที่ได้ผลจากขั้นตอนที่ 8 เสนอแนะ

10. การเผยแพร่และการจำหน่ายจ่ายแจกรายงานเกี่ยวกับผลิตผลให้แก่ที่ประชุม วิชาการและวิชาชีพ และนำรายงานลงในวารสาร และมีการควบคุมเพื่อให้เกิดคุณภาพ

ลำดับขั้นตอน 10 ขั้นตอนดังที่กล่าวข้างต้น ถ้ากระทำอย่างถูกต้องก็เชื่อแน่ว่าจะ สามารถให้ผลผลิตที่มีคุณภาพ ซึ่งวางอยู่บนพื้นฐานของการวิจัยได้

จะเห็นได้ว่ากรอบแนวคิดในการจัดทำโครงการศึกษาแบบประเมินคุณภาพบริการ พยาบาลผ่าตัดในครั้งนี้ใช้หลักของการวิจัยและพัฒนา โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ คือ

1. การรวบรวมการวิจัยและข้อมูลขั้นแรกสุด จะรวมการทบทวนวรรณกรรมการวิจัย ที่เกี่ยวข้อง การสังเกตภายในสถานการณ์ต่าง ๆ

2. การเตรียมการ รวมทั้งการให้คำนิยามทักษะ การระบุวัตถุประสงค์ การกำหนด ลำดับขั้นตอนและการทดสอบความเป็นไปได้

3. การพัฒนาผลิตผลในรูปแบบขั้นต้น ขั้นนี้จะรวมการเตรียมวัสดุอุปกรณ์ หรือเนื้อหา ในเชิงการสอนหรือถ่ายทอด คู่มือและเครื่องมือประเมิน

4. การทดสอบขั้นต้น กระทำโดยใช้กลุ่มตัวอย่างรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากการ สังเกตและแบบสอบถาม

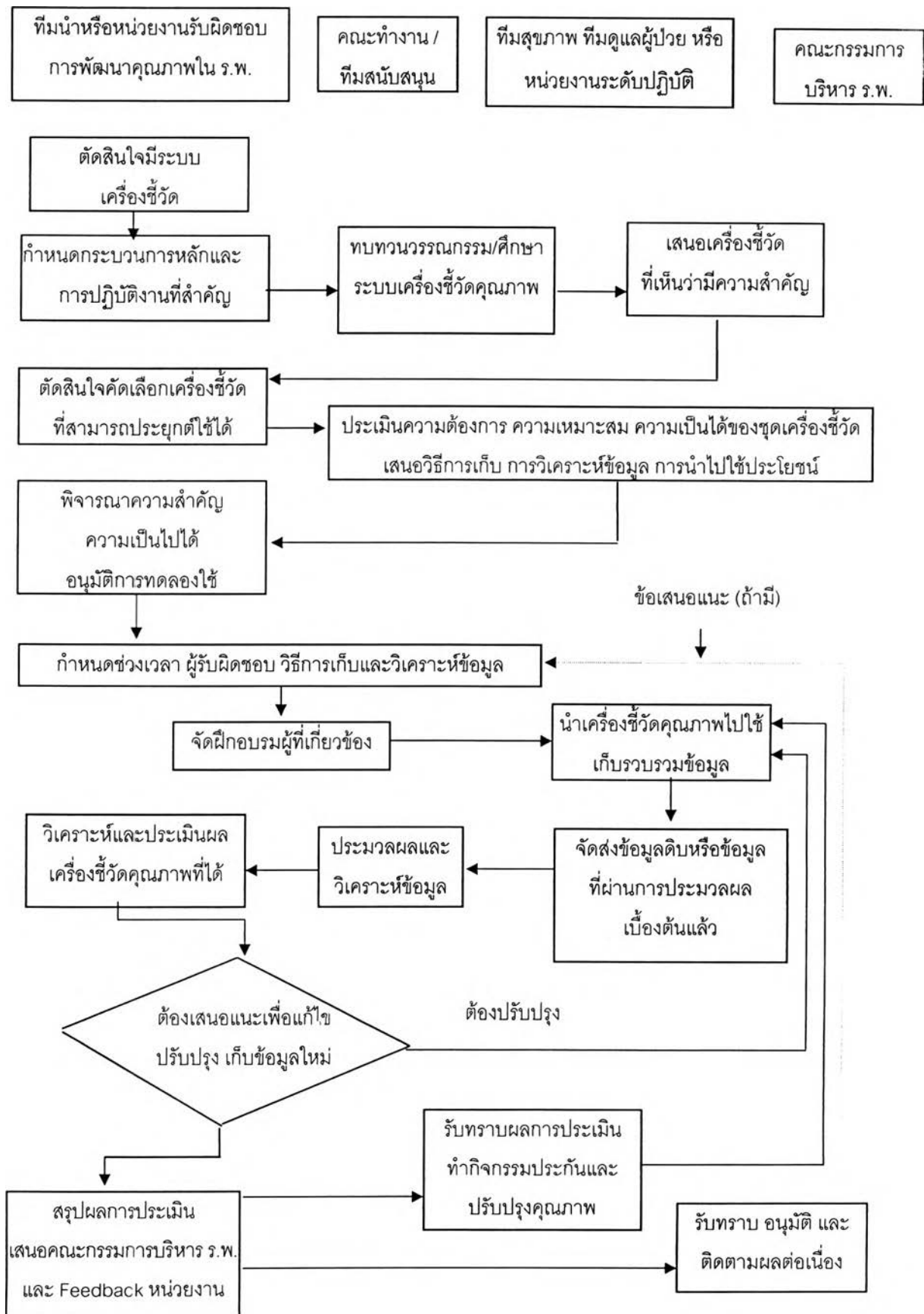
5. การปรับปรุงผลิตผลในด้านสำคัญ ๆ โดยอาศัยการเสนอแนะจากผลที่ได้

4.2 ขั้นตอนและวิธีการสร้างเครื่องชี้วัดคุณภาพและแบบประเมินคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัด

4.2.1 ขั้นตอนและวิธีในการสร้างเครื่องชี้วัดคุณภาพ

ขั้นตอนการดำเนินการเกี่ยวกับการสร้างเครื่องชี้วัดคุณภาพ มีการดำเนินการดังนี้ ให้ทีมพยาบาลห้องผ่าตัดตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัด โดยการเสนอแนวคิดตัวชี้วัดหรือเครื่องชี้วัด และวิธีการประเมินและการประเมินคุณภาพการพยาบาลผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง ร่วมกันตัดสินใจที่จะมีเครื่องชี้วัดคุณภาพ จากนั้นจึงทำการศึกษาร่วมการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเครื่องชี้วัดคุณภาพการพยาบาลผ่าตัด เพื่อศึกษาหาเครื่องชี้วัดคุณภาพการพยาบาลผ่าตัดที่สามารถอ้างอิงได้ในเชิงวิชาการ นำมาประยุกต์ใช้ได้หน่วยงานในรูปแบบการประเมินที่ถูกต้อง เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับว่าสามารถนำมาประเมินคุณภาพการพยาบาลผ่าตัดได้ เมื่อได้แบบประเมินคุณภาพการพยาบาลผ่าตัดที่เหมาะสม นำไปทดลองใช้โดยกำหนดช่วงเวลา ผู้รับผิดชอบและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากทดลองใช้แล้ว ถ้ามีปัญหาอุปสรรค หรือข้อเสนอนั้น จะนำแบบประเมินคุณภาพการพยาบาลผ่าตัดกลับมาพิจารณา ทบทวนและปรับปรุงให้เหมาะสม จนสามารถนำมาใช้ได้ดีกับสถานการณ์ปัจจุบันของหน่วยงาน (แผนภูมิที่ 5)

แผนภูมิที่ 5 ขั้นตอนการดำเนินการเกี่ยวกับเครื่องชี้วัดคุณภาพระดับโรงพยาบาล
(จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ, 2543)



4.2.2 ขั้นตอนและวิธีในการสร้างแบบประเมินคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัด

การประเมินเป็นกระบวนการตัดสินคุณค่าของสิ่งของหรือการกระทำใด ๆ การมีแบบแผนการประเมินที่ดี จะบอกถึงคุณค่าของสิ่งของที่ได้โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่ตั้งไว้ ซึ่งวิธีการประเมินคุณภาพการพยาบาล สามารถกระทำได้หลายวิธี (จิตรา เกิดเพชร, 2541) คือ

1. การสังเกต ในการสังเกตควรมีการเขียนรายการที่ต้องการสังเกตไว้ก่อน และใช้การบันทึกแบบตรวจสอบรายการ
2. การสอบถามในการสอบถามนั้นอาจทำในรูปแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ หรือแบบตรวจสอบรายการ ที่สำคัญต้องตั้งคำถามให้ตรงกับวัตถุประสงค์มากที่สุด
3. การวัด ซึ่งความเที่ยงตรงของข้อมูลขึ้นอยู่กับเครื่องมือและบุคคลที่ทำการวัด

ขั้นตอนในการสร้างแบบประเมินคุณภาพการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้ (จิรัฐมภ์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ, 2543)

1. ศึกษาและกำหนดขอบเขตของการบริการพยาบาลผ่าตัด รวมทั้งกระบวนการดูแลรักษา จากนั้นทำการค้นหาแง่มุมสำคัญของการบริการหรือการดูแลที่จะเฝ้าติดตาม
2. ศึกษาและกำหนดเครื่องชี้วัดคุณภาพการพยาบาลผ่าตัดที่ดี โดยให้คำนิยาม หรือ คำจำกัดความที่ชัดเจน มีสูตรในการคำนวณ มีการกำหนดตัวอย่างที่ชัดเจนเพื่อให้เกิดความสม่ำเสมอในการปฏิบัติและได้ข้อมูลที่มีความถูกต้อง น่าเชื่อถือ
3. เลือกเครื่องชี้วัดที่กำหนดขึ้นไปสร้างแบบประเมินคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัด

หลักการในการเลือกเครื่องชี้วัดในการสร้างแบบประเมินคุณภาพบริการพยาบาล คือ

 - 3.1 ทบทวนเอกสาร ตำราวิชาการมาเป็นหลักในการเลือกเครื่องชี้วัดในการศึกษาแบบประเมินคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัด
 - 3.2 ให้ผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้มีประสบการณ์ในเรื่องคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัด เป็นผู้ลงความเห็นว่าเป็นแบบประเมินคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัดควรจะประกอบด้วยรายละเอียดต่าง ๆ อะไรบ้าง
 - 3.3 เครื่องชี้วัดแต่ละแต่ละตัว มีสูตรในการคำนวณอย่างไร
4. สร้างแบบประเมินคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัดจากการศึกษาเครื่องชี้วัดคุณภาพการพยาบาลผ่าตัดที่หาความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ หรือผู้ที่มีประสบการณ์ เพื่อให้ผู้ทรงคุณวุฒิลงความเห็นว่ามีข้อรายการอะไรบ้างในแบบประเมินคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัด
5. นำแบบประเมินคุณภาพการพยาบาลผ่าตัดที่ได้ ไปทดลองใช้โดยกำหนดช่วงเวลา ผู้รับผิดชอบและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากทดลองใช้แล้วสรุปปัญหา อุปสรรค และ

ข้อเสนอแนะต่าง ๆ ที่ได้จากนั้นตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของแบบประเมินคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัดที่สร้างขึ้น

4.3 การประเมินโครงการศึกษาแบบประเมินคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัด

การประเมินผล หมายถึง กระบวนการที่ใช้ดุลพินิจ (Judgement) และ/หรือค่านิยม (Value) ในการพิจารณาตัดสินคุณค่า ความเหมาะสม ความคุ้มค่า หรือสัมฤทธิ์ผลของเหตุการณ์ โครงการ หรือสิ่งอื่น ๆ หลังจากการเปรียบเทียบผลที่วัดได้กับเป้าหมาย วัตถุประสงค์ หรือเกณฑ์ที่กำหนดไว้ (ชาญ สวัสดิ์สาลี, 2542) การประเมินผลโครงการเป็นเรื่องที่มีความสำคัญมาก เพราะผลที่ได้จากการประเมินที่เป็นระบบ จะสามารถใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขและปรับปรุงโครงการ ฝึกอบรม การประชุม หรือการจัดสัมมนาต่าง ๆ ให้เหมาะสม มีประสิทธิภาพ และเป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานของผู้เข้ารับการอบรมมากที่สุด

เหตุผลที่ต้องมีการประเมินผลโครงการก็เพื่อ

1. ต้องการทราบสัมฤทธิ์ผลของโครงการว่าได้ผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่
2. ต้องการทราบข้อดี ข้อบกพร่อง ความเหมาะสม รวมถึงปัญหาและอุปสรรคเพื่อแก้ไขและปรับปรุงการจัดฝึกอบรมหรือการประชุมหรือการจัดสัมมนาให้ดียิ่งขึ้น
3. ต้องการทราบความเหมาะสม ความคุ้มค่า คุณค่าหรือประโยชน์ของโครงการเพื่อแก้ไขและปรับปรุงโครงการให้เหมาะสม และเป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานของผู้เข้ารับการอบรมที่สุด

ขั้นตอนการประเมินผลโครงการมี 4 ขั้นตอน คือ (วีระพล สุวรรณนันต์, 2542)

1. กำหนดวัตถุประสงค์และเกณฑ์ในการประเมินผล ในการประเมินผลต้องทราบว่าวางแผนตรงกันหรือสอดคล้องกับการปฏิบัติการหรือไม่ จำเป็นต้องกำหนดเกณฑ์สำหรับการวัดความสำเร็จของโครงการในแต่ละด้าน
2. เลือกข้อมูลเพื่อใช้ในการวัด เพื่อให้ได้ข้อมูลตรงตามที่ต้องการประเมิน โดยศึกษาในรายละเอียดของโครงการ
3. รวบรวมข้อมูล โดยการจัดทำแบบสอบถาม หรือจากการสังเกต หรือจากการสัมภาษณ์ เป็นต้น
4. การวิเคราะห์ ตีความ เสนอแนะ ทำรายงาน และเผยแพร่ นำข้อมูลมาวิเคราะห์

โดยใช้สถิติที่เหมาะสม พยายามตีความให้เข้าใจง่าย ชัดเจน เป็นขั้นตอนไม่ซับซ้อน ผู้อ่านสามารถนำไปปฏิบัติได้ง่าย ข้อเสนอแนะต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ เสนอแนะตามลำดับขั้นตอน ทำทนายในการปฏิบัติ และกระตุ้นให้เกิดความนึกคิดในการแก้ปัญหา

4.4 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จิตรา เกิดเพชร (2541) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง การประเมินคุณภาพการพยาบาล ผ่าตัด และการวิเคราะห์ปัญหาการปฏิบัติงาน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพการพยาบาลผ่าตัด และศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลผ่าตัด ของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง กลุ่มตัวอย่างคือกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลจำนวน 294 คน ปฏิบัติการพยาบาลให้กับผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดซึ่งได้จากการสุ่มแบบแบ่งชั้นจำนวน 100 ราย ผลการวิจัยพบว่าคุณภาพการพยาบาลผ่าตัดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อวิเคราะห์ตามระยะของการผ่าตัด พบว่าคุณภาพการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัดอยู่ในระดับต้องปรับปรุง คุณภาพการพยาบาลในระยะผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลาง และคุณภาพการพยาบาลในระยะหลังผ่าตัดอยู่ในระดับดี

ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลผ่าตัด จำแนกได้เป็น 3 ด้าน คือ 1) ปัญหาจากผู้ปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ ข้อจำกัดในด้านความรู้ เจตคติต่อการปฏิบัติ และวิจารณ์ญาณของพยาบาล 2) ปัญหาจากระบบงาน ได้แก่ ภาระงาน ลักษณะงาน ลักษณะการนิเทศ แบบบันทึก อุปกรณ์ที่เอื้ออำนวยในการปฏิบัติ และ 3) ปัญหาจากบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สภาวะของผู้ป่วยและความต้องการของแพทย์ผู้ร่วมงาน และข้อเสนอแนะจากการวิจัยคือ ควรมีการอบรมเพิ่มความรู้ ปรับปรุงมาตรฐานการพยาบาลให้มีความเหมาะสม จัดหาอุปกรณ์ให้เหมาะสมและมีจำนวนเพียงพอ และที่สำคัญต้องมีการติดตามประเมินคุณภาพบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

พินิจ ปรีชานนท์ และวราภรณ์ โกมารกุล ณ นคร (2540) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง คุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพการพยาบาล และศึกษาถึงอุปสรรคการใช้มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ และผู้ช่วยพยาบาลในแผนกการพยาบาลศัลยศาสตร์ สูตินรีเวช และจักษุ-โสตฯ โรงพยาบาลรามาริบัติ โดยให้ประเมินตนเองในกิจกรรมที่กำหนดไว้เป็นเกณฑ์มาตรฐานการพยาบาลทั้งหมด 58 กิจกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ 93 คน ผู้ช่วยพยาบาล 130 คน ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพการพยาบาลอยู่ในเกณฑ์ดีมาก 45 กิจกรรม อยู่ในเกณฑ์ดี 9 กิจกรรม และต้องปรับปรุง 4

กิจกรรม ได้แก่การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ การประเมินความวิตกกังวลและความกลัว อันเนื่องจากการผ่าตัด การร่วมวางแผนกับผู้ป่วยและญาติในการแก้ไขปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ และสังคมอย่างเหมาะสม รวมทั้งการสำรวจเอกสารอื่นๆ ก่อนการผ่าตัด และพบว่าร้อยละ 3 ของพยาบาลวิชาชีพตอบว่าไม่มีเวลาในการปฏิบัติ 4 กิจกรรมดังกล่าว ส่วนผู้ช่วยพยาบาลให้เหตุผลว่าเป็นกิจกรรมที่พยาบาลวิชาชีพต้องปฏิบัติเอง

ผลการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นแนวทางในการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลและปรับมาตรฐานการพยาบาลผ่าตัดให้ชัดเจนเหมาะสมยิ่งขึ้น ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาคือควรมีการศึกษาเพื่อประเมินคุณภาพของการพยาบาลจากการสังเกตผลลัพธ์ของการพยาบาลในแต่ละกิจกรรมว่าเป็นไปตามมาตรฐานเชิงผลลัพธ์หรือไม่ และประเมินตัวบ่งชี้ต่าง ๆ ด้วยเช่น อุบัติการณ์ การเกิดการติดเชื้อ อุบัติเหตุต่าง ๆ ตลอดจนสอบถามความพึงพอใจและไม่พึงพอใจของผู้ป่วย เพื่อนำมาปรับปรุงบริการพยาบาลให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

พินิจ ปริชานนท์ และอัญชลี นวลคล้าย (2540) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องคุณภาพการพยาบาลในห้องผ่าตัด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคของการใช้มาตรฐานการพยาบาลในห้องผ่าตัด และประเมินคุณภาพเชิงกระบวนการของการพยาบาลในห้องผ่าตัดโดยกำหนดเกณฑ์คุณภาพจากการใช้มาตรฐานการพยาบาล ประชากรที่ศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 92 คน ซึ่งปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดศัลยศาสตร์ สูติ-นรีเวช ออร์โธปิดิกส์ ห้องผ่าตัดจักษุ-โสตฯ และห้องฟกพื้นศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ เก็บข้อมูลโดยการให้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลในห้องผ่าตัด จำนวน 216 กิจกรรมการพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพการพยาบาลในห้องผ่าตัดอยู่ในระดับดีมาก 141 กิจกรรม พบว่ากิจกรรมในระยะก่อนผ่าตัด ได้แก่ ผู้ป่วยมีความพร้อมทางด้านร่างกาย เอกสาร และอุปกรณ์ เช่น การผ่าตัดตรงตามตารางการผ่าตัดการสำรวจเอกสารและศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับชื่อสกุล หอผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค รวมทั้งการลงนามอนุญาตการผ่าตัด เป็นต้น และผู้ป่วยปลอดภัยจากอุบัติเหตุและภาวะแทรกซ้อน กิจกรรมการพยาบาลในห้องฟกพื้นระยะหลังผ่าตัด ได้แก่ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของทางเดินหายใจอุดตัน และ/หรือการหายใจไม่เพียงพอ กิจกรรมการพยาบาลที่อยู่ในระดับดี 36 กิจกรรม ได้แก่ การไม่ละทิ้งผู้ป่วยไว้ตามลำพังขณะรอผ่าตัด การให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด การสังเกตและการบันทึกการสูญเสียโลหิตในขณะผ่าตัด เป็นต้น กิจกรรมการพยาบาลที่ต้องปรับปรุงมี 39 กิจกรรม ได้แก่ ผู้ป่วยมีความพร้อมทางด้านร่างกาย เอกสาร และอุปกรณ์ (ระยะก่อนผ่าตัด) ผู้ป่วยได้รับการดูแลในฐานะบุคคลแบบองค์รวม (ระยะผ่าตัด) ผู้ป่วยปลอดภัยจากอุบัติเหตุและภาวะแทรกซ้อน (ระยะผ่าตัด) ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมในการเคลื่อนย้ายจากห้องผ่าตัดอย่างถูกต้องและ

ต่อเนื่อง ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของทางเดินหายใจอุดตัน และ/หรือการหายใจไม่เพียงพอ (หลังผ่าตัดในห้องผ่าตัด) ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการได้รับยาและยาชาเฉพาะบริเวณ เป็นต้น

Reeder (1983) ได้ทำการศึกษากิจกรรมการพยาบาลระหว่างผ่าตัด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายพฤติกรรมและการใช้ความรู้ในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพระหว่างการผ่าตัด โดยใช้มาตรฐานความสามารถในการปฏิบัติงานของสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งชาติอเมริกา (AORN) กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 15 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตกิจกรรมการพยาบาลและพฤติกรรมปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัดในระยะผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพให้การพยาบาลในระยะผ่าตัดครบถ้วนตามกระบวนการ คิดเป็นร้อยละ 60 ที่เหลือให้การพยาบาลไม่ครบถ้วน คิดเป็นร้อยละ 40

Jenkins (1988 อ้างถึงในจิตรา เกิดเพชร, 2541) ได้ทำการศึกษาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลผู้ให้การพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยจากการรับรู้ของพยาบาลผู้ให้การพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาล จำนวน 16 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างถึงการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 4 วัน ผลการศึกษาพบว่าประเด็นที่พยาบาลนำมาเป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจการพยาบาลที่มีคุณภาพ ประกอบด้วยเทคนิคการดูแล เวลาที่เพียงพอ การประเมินผู้ป่วย การสังเกต การสอน การติดต่อสื่อสาร และลักษณะส่วนบุคคล หลังจากนั้นนำข้อมูลที่เป็นเหตุผลและที่ได้จากการวิเคราะห์มาอธิบายองค์ประกอบที่มีผลต่อคุณภาพการพยาบาลนั้นประกอบด้วยตัวพยาบาล ขนาดของโรงพยาบาล ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับพยาบาล การทำงานเป็นทีม ภาวะเครียด ผู้บริหาร และปัจจัยที่มีผลกระทบทางอ้อมต่อคุณภาพการพยาบาลคือ การขาดการวางแผนการเตรียมการพยาบาลที่ดี การคำบรรยายลักษณะงานพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลไม่ชัดเจน และจำนวนผู้ป่วยที่มีจำนวนมากเกินความสามารถในการดูแล

Leino-Kilpi and Vuorenheimo (1993) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพบริการพยาบาลในห้องผ่าตัดตามทัศนคติของผู้ป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงคุณภาพบริการพยาบาลในประเทศฟินแลนด์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแล้ว จำนวน 30 คน ผลการศึกษาพบว่าโดยรวมผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลที่ได้รับ ซึ่งในระยะก่อนผ่าตัดผู้ป่วยต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดมากที่สุด ในระยะผ่าตัดก่อนดมยาสลบผู้ป่วยต้องการให้พยาบาลอยู่ด้วยตลอดเวลาและต้องการให้พยาบาลอธิบายถึงกิจกรรม

ต่าง ๆ ที่เจ้าหน้าที่กำลังปฏิบัติว่ากำลังทำอะไรกันอยู่ ในระยะหลังผ่าตัดเป็นระยะที่ผู้ป่วยประหม่นยากที่สุดแต่ผู้ป่วยก็ต้องการให้มีเจ้าหน้าที่คอยดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลาในระหว่างที่ยังไม่รู้สึกตัวดี

ศรีสุรางค์ แสงแก้ว (2542) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของการใช้โปรแกรมการฝึกอบรมพยาบาลประจำการด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ต่อคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัดด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาลและด้านพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติการพยาบาลด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการฝึกอบรมพยาบาลประจำการด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดจากห้องผ่าตัดออร์โทปิดิกส์ จำนวน 90 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม จากการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ และจัดกลุ่มด้วยวิธีจับคู่ และพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดออร์โทปิดิกส์ โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการฝึกอบรมพยาบาลประจำการด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาล และแบบวัดพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติการพยาบาลด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัดด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาล หลังการใช้โปรแกรมการฝึกอบรมพยาบาลประจำการด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัดด้านพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติการพยาบาลด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย หลังการใช้โปรแกรมการฝึกอบรมพยาบาลประจำการสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ (2544) ได้ทำการศึกษาโครงการวิจัยและพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพบริการของโรงพยาบาลในโครงการ Hospital Accreditation โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับเครื่องชี้วัดคุณภาพระดับโรงพยาบาล (Hospital quality indicators) เพื่อหาเครื่องชี้วัดคุณภาพระดับโรงพยาบาลที่ได้รับการยอมรับในวงวิชาการ และมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ เพื่อนำมาใช้ในการประเมินตนเองในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลในโครงการ Hospital Accreditation 2) เพื่อศึกษาข้อคิดเห็น และการยอมรับของผู้ที่เกี่ยวข้องในเรื่องของตัวเครื่องชี้วัดคุณภาพรวมถึงวิธีการในการเก็บและวิเคราะห์ และ 3) เพื่อทดลองและประเมินการนำชุดเครื่องชี้วัดคุณภาพไปใช้ในการประเมินตนเองของโรงพยาบาลนำร่องในโครงการ Hospital Accreditation ประชากรและตัวอย่างที่ศึกษาได้แก่ โรงพยาบาลในโครงการ Hospital Accreditation ทุกแห่ง จำนวน 35 โรงพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่า เครื่องชี้วัดเป็นเครื่องมือในการวัดหรือประเมินคุณภาพวิธีหนึ่ง สามารถเป็นเครื่องประเมินได้ทั้งผลลัพธ์ กระบวนการ หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นวิธีการในการ ประเมินคุณภาพที่จุดใดจุดหนึ่งของการเชื่อมโยงกระบวนการของการให้บริการกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เครื่องชี้วัดคุณภาพมักจะทำหน้าที่เป็นเสมือนการชักธง หรือสัญญาณบอกถึงปัญหาที่อาจเกิดขึ้น เครื่องชี้วัดคุณภาพประกอบด้วย 3 ประเภทคือ เครื่องชี้วัดคุณภาพโครงสร้าง เครื่องชี้วัด กระบวนการ และเครื่องชี้วัดผลลัพธ์ นอกจากนี้เครื่องชี้วัดคุณภาพยังสามารถใช้ในการบ่งบอกถึง ผลการปฏิบัติงาน หรือผลการดำเนินงานในด้านต่าง ๆ และได้เสนอแนะในเรื่องตัวเครื่องชี้วัด คุณภาพของโรงพยาบาลที่อยู่ในกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โดยได้จัด เครื่องชี้วัดเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มแนะนำ (Recommended set, R-QIS) และกลุ่มตัวเลือก (Optional Quality Indicator Set, O-QIS) เครื่องชี้วัดคุณภาพกลุ่มแนะนำมีทั้งสิ้น 22 ตัว ครอบคลุมคุณภาพ ด้านการดูแลทางคลินิก การให้บริการ และการบริหารจัดการ โรงพยาบาลที่สนใจสามารถนำไปใช้ หรือประยุกต์ใช้ในการประเมินคุณภาพและใช้ในกิจกรรมปรับปรุงคุณภาพของโรงพยาบาลได้ ส่วน เครื่องชี้วัดคุณภาพกลุ่มตัวเลือกมีทั้งหมด 47 ตัว เป็นชุดเครื่องชี้วัดที่มีประโยชน์ในการประเมิน คุณภาพ และใช้ในกิจกรรมปรับปรุงคุณภาพของโรงพยาบาลได้เช่นกัน แต่อาจจะเกิดความ ยุ่งยากในการดำเนินการในโรงพยาบาลที่มีขนาดเล็ก หรือในโรงพยาบาลที่ขาดความพร้อมในด้าน ระบบข้อมูล

เมื่อพิจารณาเครื่องชี้วัดกลุ่มแนะนำ (Recommended set, R-QIS) และกลุ่มตัวเลือก (Optional Quality Indicator Set, O-QIS) แล้วเครื่องชี้วัดคุณภาพโรงพยาบาลในส่วนของที่เกี่ยวข้อง กับคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัด ประกอบด้วยรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. อัตราการตายของผู้ป่วยระหว่างผ่าตัด (Peri-operative mortality)
2. อัตราการติดเชื้อหลังผ่าตัด (Post operative infection)
3. อัตราการผ่าตัดซ้ำ ในการอยู่โรงพยาบาลครั้งเดียวกัน (Re-operation during the same hospital stay)
4. อัตราผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการกู้ชีพ (CPR) ในระหว่างการผ่าตัด (Peri-operative CPR)
5. อัตราการผ่าตัดที่ไม่พบพยาธิสภาพ (Operation without positive findings)
6. อัตราการยกเลิกหรือเลื่อนการผ่าตัด (Cancellation and postponement of operations)
7. อัตราการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด (Selected inpatient and outpatient surgical procedures complicated by a surgical site infection [SSI])
8. ระยะเวลาเฉลี่ยในการนัดผ่าตัด (เฉพาะโรคที่กำหนด) (Surgical waiting period)

Aiken, et al. (1994) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องอัตราการตายของผู้ป่วยในโรงพยาบาลทางด้านการรักษาทางการแพทย์ที่มีอัตราต่ำลง เนื่องมาจากการให้บริการพยาบาลที่ดี พบว่าในโรงพยาบาลที่มีการให้บริการพยาบาล หรือปฏิบัติการพยาบาลด้วยมาตรฐานวิชาชีพพยาบาล หรือมาตรฐานของการปฏิบัติการพยาบาล จะพบว่าอัตราการตายของผู้ป่วยต่ำมาก อัตราการตายของผู้ป่วยในโรงพยาบาลเป็นผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์สำคัญของการรักษา ซึ่งเป็นการประเมินผลลัพธ์ของการดูแลรักษาพยาบาลในภาพรวมของโรงพยาบาล เมื่อพิจารณาในแง่มิติคุณภาพ จะแสดงให้เห็นถึงคุณภาพบริการพยาบาลในเรื่องความปลอดภัย ประสิทธิภาพของการรักษา ความสามารถและความเหมาะสม

Blegen, Goode, and Reed (1998) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง บุคลากรทางการพยาบาลและผลลัพธ์ของบริการพยาบาลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการเกิดอุบัติเหตุที่เป็นผลลัพธ์ของบริการพยาบาลในด้านไม่ดี 6 อุบัติการณ์คือ อัตราความผิดพลาดของการให้ยา การหกล้มของผู้มารับบริการ การเกิด Skin breakdown ข้อร้องเรียนของผู้ป่วยและครอบครัว อัตราการติดเชื้อ และอัตราการตาย กับจำนวนชั่วโมงของการบริการพยาบาลโดยบุคลากรทางการพยาบาล และสัดส่วนของจำนวนชั่วโมงของการบริการพยาบาลโดยพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งปฏิบัติงานในหน่วยงานที่มีความแตกต่างในด้านความรุนแรงของโรคของผู้ป่วย โดยทำการศึกษาในโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยขนาดใหญ่ จากแผนกต่าง ๆ 42 แผนก ผลการวิจัยพบว่าในหน่วยงานที่ผู้ป่วยมีอาการของโรครุนแรงมาก จะพบว่าอัตราความผิดพลาดของการให้ยา การหกล้มของผู้มารับบริการ มีอัตราที่ต่ำ แต่ผลลัพธ์ของบริการพยาบาลในด้านไม่ดีอื่น ๆ สูง สัดส่วนของจำนวนชั่วโมงของการบริการพยาบาลโดยพยาบาลวิชาชีพ กับอัตราความผิดพลาดของการให้ยา อัตราการเกิด Decubiti และข้อร้องเรียนของผู้ป่วยและครอบครัว จะมีความสัมพันธ์ในทางกลับกัน สุดท้ายจำนวนชั่วโมงของการบริการพยาบาลทั้งหมดโดยบุคลากรทางการพยาบาล จะมีความสัมพันธ์โดยตรงกับอัตราการเกิด Decubiti ข้อร้องเรียนของผู้ป่วยและครอบครัว และอัตราการตาย

จากการศึกษาในครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าจำนวนชั่วโมงของการบริการพยาบาลทั้งหมดโดยบุคลากรทางการพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ของบริการพยาบาลในด้านไม่ดี แต่สัดส่วนของจำนวนชั่วโมงของการบริการพยาบาลโดยพยาบาลวิชาชีพ จะมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ของบริการพยาบาลในด้านไม่ดี

Mark (1989 อ้างถึงในยุพิน อังสุโรจน์, 2541) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องผลลัพธ์ (Outcome) ของการบริการพยาบาล พบว่าผลลัพธ์ของการบริการพยาบาล ได้แก่ ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย อัตราความผิดพลาดของการให้ยา อัตราการหกล้ม และอัตราการติดเชื้อ เป็นต้น

Shindul-Rothschild, Long-Middieton, and Berry (1997) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่แสดงถึงคุณภาพบริการพยาบาล พบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพบริการพยาบาลโดยพิจารณาในด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ทางการพยาบาล พบว่าปัจจัยด้านโครงสร้างที่แสดงถึงคุณภาพบริการพยาบาล ได้แก่ การลดลงของของพยาบาลวิชาชีพ และการสูญเสียพยาบาลระดับบริหารโดยไม่ได้มีการเตรียมผู้บริหารทางการพยาบาลทดแทน ปัจจัยด้านกระบวนการที่แสดงถึงคุณภาพบริการพยาบาล ได้แก่ ระยะเวลาที่ใช้ในการให้การพยาบาลขั้นพื้นฐาน (Basic nursing care) และความสามารถในการที่จะให้การพยาบาลด้วยมาตรฐานวิชาชีพ และปัจจัยด้านผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่แสดงถึงคุณภาพบริการพยาบาล ได้แก่ ข้อร้องเรียน คำฟ้องร้อง ข้อตำหนิต่างๆ ของผู้ป่วยและญาติ การเกิดแผลกดทับ (Pressure sore) และการเกิด Skin breakdown อันตรายต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น การหกล้มของผู้มารับบริการ ความผิดพลาดของการให้ยา และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการมานอนรักษาในโรงพยาบาล เช่น โรคติดเชื้อในโรงพยาบาล (Nosocomial infections)

King (1989 อ้างถึงในพินิจ ปรีชานนท์ และนวนลลอบ ศรีโพธิ์ทอง, 2537) ได้ทำการศึกษาโครงการประกันคุณภาพบริการพยาบาล ได้ระบุตัวชี้วัดมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ของบริการพยาบาลไว้ว่าตัวชี้วัดสามารถดูได้จากภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัด แบบบันทึกอุบัติการณ์การบาดเจ็บขณะผ่าตัด เช่น รอยไหม้จากเครื่องจี้ไฟฟ้า (Electrical burns) ผิวหนังได้รับบาดเจ็บ (Skin breakdown) อาการชา (Numbness) เป็นต้น สถิติการติดเชื้อภายใน 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และความพึงพอใจบริการพยาบาลของผู้ป่วย เป็นต้น

Angermeir and Jordan (1994 อ้างถึงในเปรมจิตต์ เริงโกศล, 2541) ได้ทำการศึกษาเรื่องผลกระทบของการจัดท่าขึ้นขาหยั่ง โดยทำการสำรวจผู้ป่วย 177 คน ที่ได้รับการทำผ่าตัดระบบทางเดินปัสสาวะ โดยได้รับการจัดท่าขึ้นขาหยั่งที่ไม่ถูกต้องพบว่าผู้ป่วย 28 คน มีอาการชาของเส้นประสาท Peroneal ซึ่งสันนิษฐานว่าเกิดจากการงอสะโพกและเข้าร่วมกับแรงกดบนหัวกระดูก Fibular ทำให้เกิดการบาดเจ็บของเส้นประสาท Peroneal ผู้ป่วย 4 คน มีก้อนลิ่มเลือดลอยอยู่ในกระแสเลือด (Thromboembolic or Pulmonary embolus) และพบว่าผู้ป่วย 1 คน

มีภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน (Deep vein thrombosis) นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วย 3 คน มีอาการปวดหลังหรือปวดสะโพกอย่างรุนแรง

Rager and Schneider (1993 อ้างถึงในเปรมจิตต์ เริงโกสม, 2541) ได้ทำการศึกษาเรื่องการเกิดภาวะอัมพาตของเส้นประสาท Femoral หลังจากการทำผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด (Vaginal hysterectomy) พบว่าผู้ป่วย 21 คน ที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด โดยการจัดทำขึ้นขายังมีอัมพาตของเส้นประสาท Femoral ซึ่งเกิดจากการจัดให้ขาอและกางออกมากเกินไป ทำให้เกิดแรงกดทับเส้นประสาทผ่าน Ligament inguinale เพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายนี้ควรจัดต้นขากางออกจากแนวลำตัว (Abduction) ไม่เกิน 45 องศา

กรกมล วีระวงษ์ (2541) ได้ศึกษาการจัดท่านอนคว่ำ ซึ่งเป็นท่าสำหรับการผ่าตัดที่ทำให้เกิดอันตราย และภาวะแทรกซ้อนมาก ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในท่านี้อาจเกิดอันตรายต่อระบบผิวหนัง กล้ามเนื้อ กระดูก และข้อต่อต่างๆ อันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้แก่ ตา คิ้ว ถูกกดทับโดยขอบที่รองศีรษะ อวัยวะเพศ เช่น ถุงอัณฑะ เต้านม และนิ้วเท้าถูกกดทับกับพื้นเตียง เป็นต้น ระบบประสาท อันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้แก่ เส้นประสาทตา (Optic nerve) อาจถูกกดทับที่รองศีรษะหรือเตียงผ่าตัด อาจทำให้ตาพร่ามัวจนถึงบอดได้ การเหยียดแขนตรงขึ้นเหนือศีรษะจะทำให้กลุ่มเส้นประสาทถูกกด หรือการหันศีรษะไปด้านข้างร่วมกับการดึงรั้งของไหล่ลงไปด้านล่าง ทำให้รากประสาทที่มาเลี้ยงแขนถูกยืดออก ไชสันหลังบริเวณคอขาดเจ็บ เป็นต้น ระบบหัวใจและหลอดเลือด การจัดท่านอนคว่ำอาจทำให้ความดันเลือดต่ำลง สุดท้ายอาจเกิดอันตรายต่อระบบหายใจ อันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้แก่ การเคลื่อนไหวของกะบังลมลดลง ในกรณีที่กล้ามเนื้อหน้าท้องไม่สามารถเคลื่อนไหวได้สะดวก จะทำให้เกิดการหายใจไม่เพียงพอ เป็นต้น

จากผลการศึกษาครั้งนี้จะเห็นได้ว่าการจัดท่าผู้ป่วยสำหรับการผ่าตัดมีความสำคัญอย่างมาก เนื่องจากในขณะที่ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึก หรือบางส่วนของร่างกายไม่สามารถเคลื่อนไหวและรับความรู้สึกได้ ไม่สามารถป้องกันตนเองจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น ภาวะแทรกซ้อนต่อระบบประสาท ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบกล้ามเนื้อและโครงกระดูก ฉะนั้น ผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการจัดท่าผู้ป่วยจะต้องมีการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมสำหรับการจัดท่า ประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วยก่อนการจัดท่า ปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความระมัดระวังรอบคอบ และต้องมีความรู้เกี่ยวกับพยาธิ สรีรวิทยาที่เปลี่ยนแปลงไปจากการจัดท่าสำหรับการผ่าตัด รวมทั้งวิธีการแก้ไข พร้อมทั้งติดตามเฝ้าดูแลผู้ป่วยขณะผ่าตัดอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา เมื่อพยาบาลห้องผ่าตัดตระหนักถึงสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้แล้ว จะทำให้การดูแลผู้ป่วยในขณะที่จัดท่าสำหรับการผ่าตัด

เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ป้องกันอันตราย และหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการจัดทำสำหรับการผ่าตัด

เบญจมาศ ปรีชาคุณ และคณะ (2541) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ผลกระทบของการเลื่อนผ่าตัดในผู้ป่วยที่มารับบริการรักษาพยาบาล ณ ห้องผ่าตัดศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเลื่อนผ่าตัด และผลกระทบของการเลื่อนผ่าตัดในผู้ป่วยที่มารับบริการรักษาพยาบาล ณ ห้องผ่าตัดศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช กลุ่มตัวอย่างทำการเลือกแบบเจาะจง จำนวน 110 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 8 มกราคม พ.ศ. 2541 ถึงวันที่ 15 กรกฎาคม พ.ศ. 2541 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามสาเหตุของการเลื่อนผ่าตัด และแบบสอบถามผลกระทบจากการเลื่อนผ่าตัด ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเลื่อนผ่าตัดที่พบมากที่สุดคือ ทำผ่าตัดไม่ทัน เพราะการผ่าตัดรายก่อนหน้าใช้เวลาานกว่าที่คิด สาเหตุรองลงมาได้แก่ แพทย์ติดภารกิจ ไม่สบาย ผลการตรวจไม่พร้อม เตรียมผ่าตัดไว้เผื่อกรณีผู้ป่วยรายอื่นงดผ่าตัด ไม่มีหออภิบาลผู้ป่วยมิใช่ ไม่มีเลือด ไม่มีอุปกรณ์ในการผ่าตัด ตามลำดับ ส่วนผลกระทบของการเลื่อนผ่าตัด ผลกระทบด้านจิตใจและความรู้สึกจากการเลื่อนผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบในด้านนี้น้อย เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างกลัวว่าจะถูกเลื่อนผ่าตัดอีก รู้สึกกังวลใจ รู้สึกผิดหวัง กลัวว่าอาการของโรคจะเป็นมากหากถูกเลื่อนผ่าตัด กลัวว่าจะไม่ว่างถ้าแพทย์นัดมาผ่าตัดใหม่ เป็นต้น ส่วนผลกระทบด้านร่างกายเมื่อถูกเลื่อนผ่าตัด พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบในด้านนี้น้อย เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ความรู้สึกทุกข์ทรมานเมื่อถูกงดน้ำ อาหารและต้องถูกเตรียมผ่าตัด ซ้ำอีก เป็นต้น ส่วนผลกระทบด้านเศรษฐกิจเมื่อถูกเลื่อนผ่าตัด พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับผลกระทบในด้านนี้น้อย เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ผลกระทบที่ทำให้เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในการรักษา ขาดคนดูแลครอบครัวนานขึ้น ขาดรายได้ ขาดงานเพิ่มขึ้น เป็นต้น

จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่าผลกระทบจากการเลื่อนผ่าตัดนั้นมีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านเศรษฐกิจ นอกจากนั้นแล้วยังมีผลกระทบต่ออัตราการครองเตียงของผู้ป่วยนานขึ้น ทำให้ผู้ป่วยรายใหม่ต้องใช้ระยะเวลาในการรอคอยเพิ่มขึ้น อัตราค่าใช้จ่ายที่โรงพยาบาลต้องรับผิดชอบต่อผู้ป่วย 1 รายเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของGarber (1995 อ้างถึงในพินิจ ปรีชาพันธ์ และวราภรณ์ โกมารกุล ณ นคร, 2540) ที่กล่าวว่าหัวใจของการพยาบาลที่มีคุณภาพนั้นมีชีวิตที่คุณภาพของผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับเท่านั้น แต่ต้องคำนึงถึงประสิทธิภาพด้วย ซึ่งได้แก่ การใช้เวลาน้อยแต่ให้การดูแลมาก ลดค่าใช้จ่าย เพิ่มประสิทธิภาพของผู้ให้บริการ และทำให้ผู้ป่วยพึงพอใจ

เพียงใจ วิชัยดิษฐ (2541) ได้อธิบายเกี่ยวกับบทบาทพยาบาลห้องผ่าตัดในการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้าในการผ่าตัดอย่างปลอดภัย ซึ่งบทบาทพยาบาลห้องผ่าตัดในการทำผ่าตัดโดยใช้เครื่องจี้ไฟฟ้าอย่างปลอดภัย แบ่งเป็น 3 ระยะคือระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ซึ่งพยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติตามคำแนะนำต่างๆ ในการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้าอย่างถูกต้องด้วยความระมัดระวังซึ่งเป็นการช่วยลดความเสี่ยงและอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ อาทิเช่น ผู้ป่วยเกิดแผลไหม้บริเวณผิวหนัง เกิดการบาดเจ็บที่ผิวหนังขณะทำการลอกแผ่นนำไฟฟ้าออก ถูกไฟฟ้าดูดเนื่องจากกระแสไฟฟ้าลัดวงจร เป็นต้น นอกจากนี้ช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยแล้วยังช่วยให้บุคลากรผู้ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดเกิดความปลอดภัยด้วย

Lindeman and Stetzer (1973 อ้างถึงในเรณู อาจสาลี, 2540) ได้ทำการศึกษาวิจัยถึงผลของการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัด ผลการวิจัยสรุปได้ว่าการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดทำให้การดูแลผู้ป่วยในห้องผ่าตัดมีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล ลดลงในระยะหลังผ่าตัด

Groah (1979 อ้างถึงในเรณู อาจสาลี, 2540) ได้ทำการศึกษาถึงผลของการเยี่ยมผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โดยศึกษาปฏิกริยาตอบสนองของผู้ป่วยต่อบทบาทใหม่ของพยาบาลห้องผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เห็นประโยชน์ของการเยี่ยม และยินดีจ่ายเงินเพื่อขอรับบริการนี้

ลัดดาวลีย์ ปราชญ์วิทยาการ (2542) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง การติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ตำแหน่งผ่าตัด ในผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลลำปาง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และการกระจายของการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ตำแหน่งผ่าตัด ในผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลลำปาง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและรับไว้รักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลลำปาง จำนวน 254 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ตำแหน่งผ่าตัด และเกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ตำแหน่งผ่าตัดของศูนย์ควบคุมโรคสหรัฐอเมริกา ค.ศ. 1992 ผลการวิจัยพบว่า เกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ตำแหน่งผ่าตัด 21 ครั้ง อุตบัติการณ์ของการติดเชื้อโดยรวม คิดเป็น 8.1 ครั้ง ต่อการผ่าตัด 100 ครั้ง การกระจายของการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ตำแหน่งผ่าตัด พบอัตราการติดเชื้อต่อการผ่าตัด 100 ครั้ง มากที่สุดในผู้ป่วยหญิง 9.3 ครั้ง กลุ่มอายุ 35-44 ปี 12.9 ครั้ง ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว 13.7 ครั้ง แผลผ่าตัดชนิดแผลปนเปื้อน 13.6 ครั้ง การผ่าตัดฉุกเฉิน 10.8 ครั้ง ผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลก่อนการผ่าตัดนาน 15-21 วัน 50 ครั้ง ระยะเวลาผ่าตัดตั้งแต่ 6 ชั่วโมงขึ้นไป 100 ครั้ง ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านจุลชีพหลังผ่าตัดเป็นเวลาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 72 ชั่วโมง 20.0 ครั้ง

ผลการศึกษาครั้งนี้ ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ตำแหน่งผ่าตัด ซึ่งจะช่วยให้ทราบถึงขนาดของปัญหาและลักษณะการกระจายของการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด จะส่งผลให้การวางแผนการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ตำแหน่งผ่าตัดมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

Haley et al. (1985 อ้างถึงในลัดดาวลัย ปราชญ์วิทยาการ, 2542) ได้ทำการศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ตำแหน่งผ่าตัด พบว่าปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีโรคตั้งแต่ 3 โรคขึ้นไป แผลผ่าตัดชนิดแผลปนเปื้อนและแผลสกปรก การผ่าตัดที่ใช้เวลาดั้งแต่ 2 ชั่วโมงขึ้นไป และการผ่าตัดบริเวณช่องท้อง

จากการศึกษาถึงผลกระทบการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ตำแหน่งผ่าตัด ทั้งต่อผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์ และโรงพยาบาล พบว่าผลกระทบต่อผู้ป่วย ได้แก่ ระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น ผู้ป่วยต้องสูญเสียเงินเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ผลจากการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ตำแหน่งผ่าตัด อาจนำไปสู่การติดเชื้อที่รุนแรง เช่น การติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบทุติยภูมิ (Secondary bloodstream infection) ส่วนผลกระทบอื่น ๆ ได้แก่ ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ความพิการ ทุพพลภาพ และความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการที่ต้องขาดงาน เป็นต้น สำหรับผลกระทบทางอ้อมจากการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ตำแหน่งผ่าตัด ได้แก่ ปัญหาเชื้อโรคติดต่อยาด้านจุลชีพ ทำให้ผู้ป่วยที่ติดเชื้อกลายเป็นแหล่งโรค เป็นต้น ผลกระทบต่อโรงพยาบาล ได้แก่ การหมุนเวียนผู้ป่วยเป็นไปได้อย่างก่อให้เกิดปัญหาในการจัดสรรเตียงเพื่อรับผู้ป่วยใหม่ โรงพยาบาลรับผู้ป่วยได้น้อยลง และโรงพยาบาลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก

จากเหตุผลที่กล่าวมาทั้งหมดนั้นสรุปได้ว่าคุณภาพมีความสำคัญต่อระบบบริการสุขภาพ ในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลจำเป็นต้องมีการประเมินเพื่อวัดคุณภาพการบริการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งในการตรวจตราหรือการประเมินคุณภาพบริการพยาบาลนั้นสามารถกระทำได้หลายวิธี การใช้แบบประเมินคุณภาพบริการพยาบาลที่สร้างหรือพัฒนาขึ้นจากการศึกษาเครื่องชี้วัดคุณภาพเป็นวิธีการหนึ่งที่มีความสำคัญ ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลในหน่วยงานการพยาบาลผ่าตัดจึงต้องการที่จะหาวิธีในการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัด โดยการศึกษาแบบประเมินคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัด และตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของแบบประเมินฯ ที่สร้างขึ้น เพื่อที่พยาบาลห้องผ่าตัดสามารถนำแบบประเมินคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัดไปใช้เป็นแนวทางในการติดตาม ประเมินผล และพัฒนาสมรรถนะการดำเนินงานของหน่วยงาน เพื่อให้มีการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่องและตอบสนองต่อความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการมากที่สุด

แผนภูมิที่ 6 ขั้นตอนการดำเนินการเกี่ยวกับเครื่องซีวัดและแบบประเมินคุณภาพบริการ
พยาบาลผ่าตัดในการศึกษาครั้งนี้

