

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเพื่อหาแนวทางการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โดยผู้ศึกษาได้ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. การบริการพยาบาลหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก
 - 1.1 บทบาทของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก
2. แนวคิดเกี่ยวกับการรับส่งเวรทางการพยาบาล
 - 2.1 ความหมายของการรับส่งเวรทางการพยาบาล
 - 2.2 ความสำคัญของการรับส่งเวรทางการพยาบาล
 - 2.3 วัตถุประสงค์ของการรับส่งเวรทางการพยาบาล
 - 2.4 รูปแบบการรับส่งเวรทางการพยาบาล
 - 2.5 องค์ประกอบของการรับส่งเวรทางการพยาบาล
 - 2.6 ขั้นตอนการรับส่งเวรทางการพยาบาล
 - 2.7 เครื่องมือการรับส่งเวรทางการพยาบาล
3. แนวคิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
 - 3.1 ความหมายของคุณภาพ
 - 3.2 ดัชนีชี้วัดคุณภาพ
 - 3.3 ความหมายของการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
 - 3.4 กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
 - 3.5 เครื่องมือในการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับส่งเวรทางการพยาบาลโดยใช้แนวคิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง FOCUS-PDCA และ เครื่องมือสื่อสารแบบ SBAR
5. สถานการณ์การรับส่งเวรทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
6. กรอบแนวคิดวิจัย

การบริการพยาบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก

การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต เป็นการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยคุกคามกับชีวิต ต้องการได้รับความช่วยเหลือ และแก้ไขอย่างทันด่วนที่ จากบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้ ความชำนาญ มีทักษะในการประเมินปัญหา วินิจฉัยโรค พร้อมทั้งให้แก้ไข รักษาได้อย่างถูกต้อง ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญ ในการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤต จำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจ สาเหตุและการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ที่อยู่ในภาวะคุกคามชีวิต การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด การประทับประคอง ทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม (วิจิตรา กุมสุมภ์ และคณะ, 2560) การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในระบบต่างๆ การควบคุมการติดเชื้อ การจัดการความปวด และภาวะโภชนาการในระยะวิกฤต การนำเทคโนโลยีขั้นสูงมาใช้ รวมถึงการช่วยฟื้นคืนชีพในผู้ป่วยวิกฤต (สุจิตรา ลิมอำนวยลาภ และคณะ, 2556)

โดยลักษณะของผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก เป็นผู้ป่วยในระยะวิกฤตที่มีความผิดปกติทางระบบหัวใจ ทรวงอก และหลอดเลือด ได้แก่ ก่อนผ่าตัดหัวใจและปอดที่มีภาวะหัวใจหายใจและระบบไหลเวียนล้มเหลว หลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด หลังผ่าตัดหัวใจแบบปิด ชนิดที่เป็นมาตั้งแต่กำเนิด จนถึงเกิดตามมาภายหลังทั้งเด็กและผู้ใหญ่ หลังผ่าตัดที่มีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ มะเร็งหัวใจหลอดเลือดและทรวงอก หลังผ่าตัดปอด อุบัติเหตุต่างๆที่มีผลต่อทรวงอกและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังทำการหัตถการทางอายุรกรรม โดยมีกลไกหลักที่สำคัญของการขาดเลือดจนเกิด Myocardial Infarction เป็น 3 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยของการไหลเวียนโลหิตในหลอดเลือดโคโรนารี (Blood Flow) 2) ปัจจัยของความสามารถในการขนส่งออกซิเจน (Competency of O₂ Transport) 3) ปัจจัยด้านความต้องการออกซิเจนของหัวใจ (Cardiac O₂ Demand) (ธีรารัง จิรจิตยาเวช, 2550) การรักษาโรคหัวใจมีหลายวิธี ได้แก่ 1) การรักษาที่รักษาด้วยยา 2) การใส่ลูกโป่งขยายหลอดเลือดหรือใส่ขดลวด (Percutaneous Coronary Intervention หรือ PCI) ในตำแหน่งเส้นเลือดที่ตีบหรืออุดตันการใช้วัสดุคล้ายสปริงเข้าไปบริเวณที่ตีบเพื่อให้ผนังเส้นเลือดขยายออกไปแล้วตีบเข้ามาอีก 3) การใส่เครื่องพุงการทำงานของหัวใจ เพิ่มปริมาณเลือดเข้าหัวใจ คือ Intra-Aortic Balloon Pump (IABP) (จริญ สายะสถิตย์, 2560) 4) การผ่าตัด การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ มีวัตถุประสงค์เพื่อลดการเจ็บหน้าอกจากการเปิดเส้นเลือดที่ตีบให้มีเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ อัตราตายจากการเสียชีวิตกะทันหัน (จริญ สายะสถิตย์, 2560)

บทบาทของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก

การผ่าตัดหัวใจและทรวงอก เป็นการผ่าตัดที่กระทำต่ออวัยวะสำคัญของร่างกาย ซึ่งพยาบาลต้องมีการดูแล และสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา มีการใช้เครื่องมือพิเศษตลอดจนอุปกรณ์ช่วยชีวิต รวมถึงอุปกรณ์ซึ่งทำงานทดแทนระบบอวัยวะต่างๆ เพื่อแก้ไขภาวะคุกคามชีวิต การเจ็บป่วยเฉียบพลัน รวมถึงการกำเริบของโรคเรื้อรังต่างๆ ให้ผู้ป่วยปลอดภัย ฟื้นภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ โดยพยาบาลต้องมีการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด (สุจิตรา ลิมอำนาจลาก และคณะ, 2556) บทบาทของพยาบาล ได้แก่

1. ให้การพยาบาลผู้ป่วยหลังทำการหัตถการหัวใจ หลอดเลือดและทรวงอก ในระยะหลังผ่าตัดทันที (Intermediate postoperative) ได้แก่ Open heart surgery ทุกราย ผู้ป่วย Aortic aneurysm และผู้ป่วยหลังผ่าตัดทรวงอก และอวัยวะในช่องอกทุกราย
2. ให้การพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดหัวใจทรวงอกและหลอดเลือดที่อยู่ในภาวะวิกฤตฉุกเฉิน ซึ่งต้องการติดตามอาการและการดูแลอย่างใกล้ชิด หรือต้องใช้เครื่องมือพิเศษ จัดระบบบริการให้มีการปฏิบัติงานร่วมกันในทีมสหสาขาวิชาชีพ ในรูปแบบ Patient Care Team (PCT) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่ต่อเนื่องและมีคุณภาพ
3. ร่วมศึกษา วิจัย และเป็นพี่เลี้ยงในการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ หรือต้องการฝึกใช้เครื่องมือพิเศษต่างๆ

นอกจากนี้พยาบาลยังมีบทบาทหลักที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยดังกล่าว เนื่องจากการผ่าตัดหัวใจและหลอดเลือดเป็นหัตถการที่กระทำต่อหัวใจโดยตรง หลังผ่าตัดผู้ป่วยอาจมีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องได้รับการเฝ้าระวังและดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องตลอดเวลา พยาบาล จำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรค การผ่าตัดที่ได้รับ การดูแล การประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ซึ่งมักพบภาวะเลือดบิตัวออกจากหัวใจก่อนที่ลดลง (Low cardiac output) สังเกตได้จากจำนวนปัสสาวะที่ลดลง อุณหภูมิ แขนขาและลำตัวที่เย็นกว่าปกติ คลำชีพจรได้เบา เฝ้าระวังค่าความดันโลหิตที่ผิดปกติ สาเหตุของ Low cardiac output จาก (สุจิตรา ลิมอำนาจลาก และคณะ, 2556)

1. ภาวะเลือดไหลเวียนน้อย จากการให้เลือดหลังผ่าตัดไม่เพียงพอ ภาวะหลอดเลือดหดตัว (Peripheral vasoconstriction) มากไป มีภาวะเลือดออกมากหลังผ่าตัด (Major bleeding) พบได้ประมาณ 3-5% โดยมีปัจจัยเสริมจากผลของการใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียม (เกศศิริ วงษ์กิ่งคำ และอรชุนา นากรณ์, 2559) โดยประเมินสัญญาณชีพ ความดันโลหิต เป็นต้น

2. ภาวะหัวใจถูกกดเบียด (Cardiac tamponade) เกิดจากเลือดในช่องรอบหัวใจ และในmediastinum ออกมาตามสายขางมีการระบายเลือดไม่ดี เลือดจึงเข้าหัวใจไม่ดี

3. เลือดออกมากผิดปกติ (Major bleeding) โดยมีปริมาณเลือดออกในช่วงเวลาต่างๆ มีแนวปฏิบัติ ดังนี้ (สุจิตรา ลีมอานวยลาก และคณะ, 2556)

เลือดออก 400 มล. ใน 1 ชั่วโมง ต้องเตรียมประสานทีมห้องผ่าตัด ในการนำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด เพื่อหยุดเลือดอย่างเร่งด่วน หรือต้องผ่าตัดเปิดหัวใจข้างเดียวในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจ และทรวงอกทันทีเพื่อลดความดันเลือดและลดการกดเบียดในช่องอก

เลือดออกชั่วโมงละ 200 มล. ติดต่อกัน 2 ชั่วโมง ต้องมีการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด และประเมินค่าความดันในหลอดเลือดดำ (Central venous pressure: CVP) อาจต้องได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือด เช่น การให้เกล็ดเลือด Fresh frozen plasma หรือทดแทนด้วยส่วนประกอบของเม็ดเลือดแดง หรือยา Protamine เพื่อแก้ฤทธิ์ยา Heparin (ยาลดลิ่มเลือด)

เลือดออกมากกว่าชั่วโมงละ 100 มล. ติดต่อกัน 4 ชั่วโมง ต้องเจาะเลือดตรวจค่าภาวะการเกิดลิ่มเลือด (Coagulogram) แล้วแก้ไขด้วยการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด

4. กล้ามเนื้อหัวใจทำงานไม่ปกติ จากสาเหตุต่างๆ ได้แก่ พยาธิสภาพของกล้ามเนื้อหัวใจจากภาวะโปแตสเซียมต่ำ เป็นต้น (สุจิตรา ลีมอานวยลาก และคณะ, 2556)

5. ความไม่สมดุลของสารน้ำอิเล็กโตรไลต์ที่พบบ่อย คือ ภาวะโปแตสเซียมต่ำ (Hypokalemia) ค่าโปแตสเซียม < 4- 4.5 mEq/L จากได้รับยาขับปัสสาวะ สารน้ำ (Hemodilution) จัดการโดยรายงานแพทย์ด่วน และให้โปแตสเซียมตามแผนการรักษาบันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออก

6. จังหวะการเต้นของหัวใจผิดปกติ (สุจิตรา ลีมอานวยลาก และคณะ, 2556)

บทบาทพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจและหลอดเลือด

บทบาทพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจและหลอดเลือดในระยะวิกฤต แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัดที่มีภาวะแทรกซ้อนวิกฤต ระยะหลังผ่าตัดทันทีที่มาถึงหอผู้ป่วยหนัก และระยะฟื้นฟูและเตรียมความพร้อมในการย้ายออก หรือกลับบ้าน

1. ระยะก่อนผ่าตัดที่มีภาวะแทรกซ้อนวิกฤต โดยระบบหัวใจและหลอดเลือด ส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบจากภาวะวิกฤต มาจากระบบอื่นๆ เนื่องจากระบบหัวใจและหลอดเลือด เป็นอวัยวะสำคัญมี

หน้าที่หลักในการขนส่งออกซิเจน สารอาหารต่างๆ ขนถ่ายของเสียและนำพาสารสำคัญ เช่น ฮอร์โมน ไปยังอวัยวะทั่วร่างกาย เพื่อคงไว้ซึ่งชีวิตและสมดุล (สุจิตรา ลีมนานวาล และ ชวนพิศ ทำนอง, 2556) ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องเฝ้าระวังติดตามอาการและข้อมูลต่างๆ ที่สะท้อนภาวะเสี่ยง หรือมีอันตราย โดยแบ่งกลุ่มไว้ต่างๆ กัน เช่นกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ภาวะหัวใจวายเฉียบพลัน ภาวะปอดบวมน้ำ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะความดันโลหิตสูงวิกฤตและภาวะช็อคจากหัวใจ เป็นต้น (สุจิตรา ลีมนานวาล และคณะ, 2556)

2. ระยะหลังผ่าตัดทันทีที่มาถึงหอผู้ป่วยหนัก เป็นช่วงเวลาวิกฤตที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิด ความผิดปกติในการทำหน้าที่ของหัวใจและระบบต่างๆ ผิดปกติ ในระยะนี้พยาบาลต้องเฝ้าระวังและ ค้นหาภาวะผิดปกติอย่างใกล้ชิด (เกศศิริ วงษ์คงคำ และ อรชุนา นากรณ์, 2559)

1) การสังเกตและบันทึกสัญญาณชีพต่างๆ ได้แก่ รูปร่างตาและระดับความรู้สึกตัว คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ให้ดูลักษณะคลื่นไฟฟ้า ความดันโลหิต สังเกตผ่าน Arterial line วัดระดับความดัน หลอดเลือดดำ ช่วยบอกการทำงานของหัวใจซีกขวา อุณหภูมิ โดยวัดทุก 15 นาที จำนวน 4 ครั้ง 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง (สุจิตรา ลีมนานวาล และ ชวนพิศ ทำนอง, 2556)

2) ห่มผ้าเพื่อรักษาอุณหภูมิร่างกายให้อยู่ในระดับ 36.5-37.5 องศาเซลเซียส เพื่อป้องกัน ภาวะ Hypothermia คืออุณหภูมิต่ำกว่า 32 องศาเซลเซียส

3) การส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ ได้แก่ Arterial blood gas CBC BUN Cr electrolyte INR PT PTT (เกศศิริ วงษ์คงคำ และ อรชุนา นากรณ์, 2559)

4) การตรวจเช็คท่อระบาย มีหลายท่อระบาย ได้แก่ Pericardial drain Substernal drain Pleural drain Vac drain เป็นต้น โดยพยาบาลต้องตรวจเช็คระบบให้เป็นระบบปิด จัดวางขวดให้อยู่ใน ตำแหน่ง สายไม่หักพับงอ สังเกตสีและบันทึกจำนวนเลือดที่ออก สังเกตฟิสิกส์เอกซเรย์

5) ยาต่างๆ ควรมีการตรวจเช็คให้สอดคล้องกับแผนการรักษา ประกอบด้วย

- ยาขยายหลอดเลือด ได้แก่กลุ่มไนโตรกลีเซอริน กลุ่มยาด้านฤทธิ์แคลเซียม ตรวจเช็คจำนวนการใช้ยา ปรับเพิ่ม/ลด รักษาระดับความดันโลหิต ค่าซีสโตรลิก ไม่เกิน 140 มิลลิปรอท
- ยาเพิ่มความดันโลหิต ได้แก่กลุ่ม Inotropic drug Vasopressor ตรวจเช็คจำนวน การใช้ยา ปรับเพิ่ม/ลด รักษาระดับความดันโลหิต ให้อยู่ในเกณฑ์ที่แพทย์กำหนด
- ยาปฏิชีวนะ เริ่มให้ทันทีหลังผ่าตัด สังเกตอาการแพ้ยาหลังให้ยา

6) จัดปฐมนิเทศแรกรับกับญาติ ระเบียบเวลาเยี่ยม อธิบายการผ่าตัด อาการ แผนการรักษา ตลอดจนการวางแผนจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤตและป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ โดยเฉพาะในระยะวิกฤต ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจ และทรวงอก และกลับบ้านได้ โดยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป (มาตรฐานการพยาบาล, 2555)

3. ระยะฟื้นฟู และเตรียมความพร้อมในการย้ายออก หรือกลับบ้าน

เมื่อผู้ป่วยผ่าตัดเสร็จ เข้าสู่ระยะของการฟื้นตัว หมายถึง ความสามารถในการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย จิตใจ ปรับเข้าสู่สภาวะปกติ หรือทำหน้าที่ได้ดีที่สุดตามสภาพของร่างกาย เน้นโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ควบคุมปัจจัยเสี่ยง การดูแลแผล และออกกำลังกายหลังผ่าตัด การมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว (เกศศิริ วงษ์คงคำ และ อรชุนา นารณ์, 2559)

โดยสรุปการดูแลผู้ป่วยหนักทางศัลยกรรมหัวใจ ทรวงอกและหลอดเลือด ในระยะวิกฤตซึ่งมีอาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา รักษาพยาบาลใกล้ชิด แผนการรักษาต่างๆ พยาบาลมีการทำงานเป็นผลัด ผลัดละ 8 ชั่วโมง ดังนั้นการสื่อสารข้อมูลสำคัญของข้อมูลผู้ป่วยจากเวรหนึ่งไปยังเวรถัดไป ที่เรียกว่า การรับส่งเวรทางการพยาบาล จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ทั้งนี้เพื่อให้เกิดคุณภาพการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยปลอดภัย ทีมสุขภาพพึงพอใจ และไม่เกิดอุบัติเหตุจากการรับส่งเวร

แนวคิดเกี่ยวกับการรับส่งเวรทางการพยาบาล

ความหมายของการรับส่งเวรทางการพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรม มีการให้ความหมายของการรับส่งเวรทางการพยาบาล ในภาษาอังกฤษไว้ทั้งคำว่า Handover และ Handoffs ดังต่อไปนี้

การรับส่งเวรทางการพยาบาล หมายถึง การสื่อสารทางสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพและทีมพยาบาลที่มารวมกันระหว่างช่วงผลัดเวร โดยพยาบาลหัวหน้าทีมของเวรปัจจุบันเป็นผู้ส่งเวร และพยาบาลหัวหน้าทีมของเวรถัดไปเป็นผู้รับเวร การรับส่งเวรถือเป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญและจำเป็นต้องทำ เพื่อถ่ายทอดปัญหา อาการ ความต้องการ ตลอดจนเรื่องราวต่างๆ ของผู้ป่วยจากเวรปัจจุบันสู่เวรถัดไป หรือก่อนการย้ายผู้ป่วย (Philpin, 2006)

การรับส่งเวรทางการพยาบาล หมายถึง การส่งต่อความรับผิดชอบและการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง สำหรับผู้ป่วยหรือกลุ่มผู้ป่วย บุคคลอื่น หรือทีมสหสาขาวิชาชีพ (Bhabra, Mackeith, Monteiro, & Pothier, 2007)

การรับส่งเวรทางการพยาบาล หมายถึง การส่งต่อข้อมูลโดยพยาบาลวิชาชีพผู้ดูแลจากเวรหนึ่งเป็นผู้ส่งเวร ส่งต่อให้พยาบาลวิชาชีพของทีมนัดถัดไป (Hill & Nyce, 2010)

การรับส่งเวรทางการพยาบาล หมายถึงวิธีหนึ่งที่จะทำให้พยาบาลวิชาชีพเวรถัดไปสามารถนำข้อมูลไปแก้ปัญหาตามความต้องการให้ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลได้ และเป็นการพัฒนาคุณภาพการบริการ การพยาบาลเชิงคุณภาพให้เจริญก้าวหน้าอย่างสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงในระดับสากล (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2551)

การรับส่งเวรทางการพยาบาล หมายถึง การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแต่ละราย โดยสื่อสารข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพผู้ดูแลจากเวรหนึ่งไปยังพยาบาลวิชาชีพเวรต่อไป (Herceg, 2015)

โดยสรุปความหมายของการรับส่งเวรทางการพยาบาล หมายถึง การสื่อสารข้อมูลทางสุขภาพของผู้ป่วย โดยพยาบาลวิชาชีพจากเวรหนึ่งสู่อีกเวรหนึ่ง ในช่วงระหว่างผลัดเปลี่ยนเวร ประกอบด้วย ข้อมูลการดูแลผู้ป่วย และพยาบาลเวรถัดไปนำไปวางแผนการพยาบาล เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยปลอดภัย ตลอดจนสัมพันธภาพที่ดีกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

วัตถุประสงค์ของการรับส่งเวรทางการพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมมีการศึกษาในเรื่องวัตถุประสงค์ของการรับส่งเวรทางการพยาบาลดังต่อไปนี้

1. เพื่อสนับสนุนการทำงานของพยาบาล ในการใช้ข้อมูลผู้ป่วย มาวางแผนการดูแลร่วมกันให้มีประสิทธิภาพ (Strople & Ottani, 2006) แสดงถึงคุณภาพการพยาบาล (อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม, 2553) การรับส่งเวรที่ผิดพลาดจะทำให้ผู้ป่วยไม่ปลอดภัย (ศิริดา สงผัด และคณะ, 2556; Griffin, 2010)
2. เพื่อให้พยาบาลเวรต่อไปรับทราบข้อมูลผู้ป่วยครบถ้วน ถูกต้อง ผู้ป่วยได้รับการดูแลเหมาะสม ภายใต้อะยเวลาสั้น กระชับ ทีมสหสาขาวิชาชีพ และทีมพยาบาลพึงพอใจ (เสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ, 2552)
3. เพื่อผู้ส่งเวรและผู้รับเวรมีการปรึกษา และรับรู้ปัญหาร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาและสร้างความเข้าใจในการนำข้อมูลนั้นไปดูแลต่อเนื่องต่อไป (กุลวรี รัชต์เรืองนาม และคณะ, 2553) ส่งเสริมให้เกิดความสัมพันธะระหว่างพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยเพิ่มขึ้น (Renz, Boltz, Wagner, Capezuti, & Lawrence, 2013)

สรุปวัตถุประสงค์การรับส่งเวรคือ เพื่อทราบข้อมูลปัญหา ข้อวินิจฉัย การดูแลรักษาโดยการส่งต่อข้อมูลของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลให้กับพยาบาลเวรต่อไป นำไปวางแผนการพยาบาล ต่อเนื่อง ส่งผลต่อความสัมพันธ์ในทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยปลอดภัย เป็นการแสดงถึงคุณภาพการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ และนำข้อมูลไปดูแลต่อเนื่องได้ การรับส่งเวรที่ผิดพลาดจะทำให้ผู้ป่วยไม่ปลอดภัย

รูปแบบการรับส่งเวรทางการพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีผู้กล่าวถึงรูปแบบการรับส่งเวรทางการพยาบาล มีดังต่อไปนี้

1. การส่งเวรด้วยวาจา (Verbal handover) เป็นการสื่อสาร โดยการพูด ลักษณะเป็นแบบผู้ส่งต่อข้อมูลเผชิญหน้า มีการสบตาระหว่างผู้ส่งเวรและผู้รับเวร สามารถซักถามข้อสงสัยในขณะรับส่งเวรได้ (Sexton et al., 2004) ข้อดีของการส่งเวรด้วยวาจาคือการได้รับข้อมูลโดยตรง สามารถซักถาม แสดงความคิดเห็นปรึกษาหารือร่วมกันในทีมและนำไปวางแผนให้การพยาบาลต่อไปได้ (Sexton et al., 2004) ขณะที่ อีแวน และคณะ (Evans et al., 2010) พบว่าข้อเสียของการส่งเวรด้วยวาจา พบว่าผู้ส่งเวรจะมีความระมัดระวังตัวในการเผชิญหน้าให้เหมาะสม ทำให้เสียความมั่นใจบางอย่าง
2. การส่งเวรโดยการบันทึกเสียง (Tape recorded handover) เป็นการบันทึกเสียงการส่งเวรของพยาบาลวิชาชีพผู้ส่งเวรก่อนที่พยาบาลวิชาชีพผู้รับเวรจะมารับเวร โดยการเปิดขณะผู้รับเวรมารับเวรให้ฟังเสียงผู้ส่งเวร ผู้ส่งเวรสามารถทำกิจกรรมอื่นที่ยังทำค้างอยู่ ยังไม่เสร็จ ข้อดีคือสามารถเปิดฟัง ทบทวนสิ่งที่ลืม ได้หลายครั้ง หรือแก้ไขเพิ่มเติมในสิ่งที่ลืมส่งเวร (Sexton et al., 2004) แต่ข้อเสียคือผู้รับเวรไม่สามารถสอบถามข้อมูลเมื่อผู้ส่งเวรออกเเวรแล้ว (Sexton et al., 2004)
3. การส่งเวรโดยการเขียนบันทึก (Written handover) เป็นการส่งเวรด้วยวิธีบันทึกข้อมูลประเด็นปัญหาการดูแลลงในรายงานไว้ให้ผู้มารับเวรอ่านบันทึกเอง เป็นวิธีที่สะดวก รวดเร็ว ข้อดีในการส่งเวรด้วยวิธีนี้คือมีหลักฐานการดูแลผู้ป่วยอย่างมีลายลักษณ์อักษร ทบทวนได้ หากมีการออกแบบการบันทึกข้อมูลที่ดี มีข้อตกลงร่วมกันก็จะเกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง (Strople & Ottani, 2006) ข้อเสียของรูปแบบนี้คือ ผู้รับเวรไม่มีโอกาสซักถามข้อมูลเพิ่มเติม (Sexton et al., 2004)
4. การส่งเวรข้างเตียงผู้ป่วย (Bedside handover) เป็นรูปแบบการส่งเวรที่ผู้ส่งเวรส่งข้อมูลบริเวณข้างเตียงผู้ป่วย และให้ทีมที่มารับช่วงดูแลต่อรับฟัง โดยใช้การส่งเวรแบบวาจาร่วมด้วย รูปแบบนี้มีข้อดีคือสามารถซักถาม สืบถามประเด็นข้อสงสัยต่างๆ เกี่ยวกับผู้ป่วย มีโอกาสสำรวจสภาพต่างๆ ของผู้ป่วย สามารถสร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างทีมพยาบาล ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล (Sexton et al.,

2004) ข้อเสียของรูปแบบนี้คือต้องมีการระมัดระวังทำที่ น้ำเสียง และข้อมูลของผู้ป่วยบางอย่าง เนื่องจากผู้ป่วยขณะรับส่งเวรอาจมีบุคคลอื่นได้ยินบทสนทนาโดยบังเอิญ (Scovell, 2010)

5. การส่งเวรโดยใช้คอมพิวเตอร์ (Computerized handover) เป็นการใช้เทคโนโลยีทางคอมพิวเตอร์ มาบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยรายงานไว้เพื่อให้ผู้รับเวรมาอ่านต่อจากบันทึกนี้ ข้อดีของรูปแบบนี้คือมีการ บันทึกข้อมูลทำให้การรับส่งเวรเกิดประโยชน์สูงสุดต่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง สามารถตรวจสอบ ข้อมูลย้อนหลังได้ (Strople & Ottani, 2006) ส่วนข้อเสียของรูปแบบนี้คือระบบข้อมูลต้องมีการจัดการ ให้ดี รูปแบบชัดเจนเพื่อป้องกันความสับสน ทำให้ข้อมูลไม่ตรงตามความเป็นจริงจากการแปลความ ผิดพลาดและอาจถูกเปิดเผยข้อมูลได้หากจัดการระบบไม่ดี (Strople & Ottani, 2006) สอดคล้องกับ รัตจิ เวชประสิทธิ์ และคณะ (2555) กล่าวว่า การส่งต่อข้อมูลด้วยระบบคอมพิวเตอร์และการใช้แหล่งข้อมูล ต่างๆ ประกอบการส่งต่อข้อมูลส่งเสริมให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง

โดยสรุปรูปแบบการส่งเวรทางการพยาบาลมีหลายรูปแบบ ได้แก่ การส่งเวรด้วยวาจา การส่ง เวรโดยการบันทึกเสียง การส่งเวรโดยการเขียนบันทึก การส่งเวรข้างเตียงผู้ป่วย และการส่งเวรโดยใช้ คอมพิวเตอร์ ซึ่งแต่ละวิธีมีข้อดีและข้อจำกัดแตกต่างกันไป การเลือกใช้ขึ้นอยู่กับบริบทแต่ละ หน่วยงาน

องค์ประกอบของการรับส่งเวรทางการพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบองค์ประกอบการรับส่งเวรดังต่อไปนี้

1. ผู้ส่งเวร หมายถึงพยาบาลวิชาชีพผู้ดูแลผู้ป่วยระหว่างผลัดเกี่ยวกับข้อมูลของผู้ป่วย ผลการปฏิบัติงานของตนที่ดูแลผู้ป่วยในช่วงเวลาที่ดูแลและกำลังจะหมดเวลาในการปฏิบัติงาน ให้แก่ พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรการพยาบาลที่มารับงานในผลัดต่อไป (Gage, 2013; O'Connell et al., 2008)

2. ผู้รับเวร หมายถึง พยาบาลวิชาชีพและสมาชิกทีมที่จะเริ่มปฏิบัติงาน มาร่วมในการรับส่งเวร เพื่อรับทราบข้อมูลการดูแลผู้ป่วยจากการปฏิบัติงานจากพยาบาลวิชาชีพผู้ดูแลในเวรก่อนหน้า (O'Connell et al., 2008)

3. ข้อมูลที่เป็นประเด็นในการรับส่งเวรเป็นการสื่อสารข้อมูลระหว่างพยาบาลผู้ส่งเวรและ ผู้รับเวร โดยให้ข้อมูลที่สำคัญและจำเป็นในการดูแลต่อเนื่อง สันกะทัตต์ โดย เฮอร์รี่ (Currie, 2002) กล่าวถึงข้อมูลของผู้ป่วยที่จำเป็นต้องมีการส่งเวรที่สำคัญ 6 ประการ ประกอบด้วย 1) ข้อมูลเกี่ยวกับ เหตุผลของการที่ผู้ป่วยต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 2) ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ

3) ชื่อ-สกุล อายุของผู้ป่วย 4) ประวัติการแพ้ต่างๆ 5) แผนการรักษาดูแล และ 6) ยาหรือการรักษาที่เคยได้รับมาก่อน

4. เวลาในการรับส่งเวร เป็นช่วงเวลาในการดำเนินการช่วงผลัดเปลี่ยนเวลาในการปฏิบัติงานของพยาบาลจากเวรดึกไปเวรเช้า จากเวรเช้าไปเวรบ่าย จนถึงเวรบ่ายไปเวรดึก จากการสำรวจของเกจ (Gage, 2013) ที่ประเทศอังกฤษ เกี่ยวกับเวลาในการรับส่งเวรพบว่าร้อยละ 13 ใช้เวลาในการรับส่งเวรไม่เกิน 20 นาที ร้อยละ 60 ใช้เวลาในการรับส่งเวร 21-40 นาที ร้อยละ 23 ใช้เวลาในการรับส่งเวร 41-60 นาที

5. สถานที่ในการรับส่งเวร ควรกำหนดสถานที่รับส่งเวรไว้อย่างเหมาะสม และสภาพแวดล้อมไม่มีสิ่งรบกวน (Gage, 2013) ส่วนใหญ่จะเป็นบริเวณเคาน์เตอร์พยาบาล ซึ่งจะเป็นสถานที่ที่จัดไว้ปราศจากผู้เข้ามาติดต่อเพื่อป้องกันการรบกวนจากผู้ที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องในการรับส่งเวรทางการพยาบาล บางหน่วยงานมีการร่วมกันรับส่งเวรที่หน้าเตียงผู้ป่วย (O'Connell et al., 2008; Sexton et al., 2004)

สรุปได้ว่าองค์ประกอบของการรับส่งเวรทางการพยาบาลนั้นประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ ผู้ส่งเวร พยาบาลวิชาชีพผู้รับเวร ข้อมูลที่ใช้ในการส่งเวร เวลาและสถานที่ในการรับส่งเวร นับเป็นองค์ประกอบสำคัญทุกส่วนที่จะทำให้การรับส่งเวรดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงต้องครบทั้ง 5 ประการจึงจะเกิดสมบูรณ์

ขั้นตอนการรับส่งเวรทางการพยาบาล

เอกแมน และ เซเกสเทน (Ekman & Segesten, 1995) กล่าวถึงขั้นตอนในการรับส่งเวรไว้ดังนี้

1. ขั้นเตรียมก่อนการส่งเวร โดยพยาบาลหัวหน้าเวรรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ปริมาณน้ำเข้าและออกของร่างกายของผู้ป่วยในช่วงเวรที่ผ่านมา พยาบาลผู้รับเวรมีการเตรียมความพร้อมเพื่อรับเวร โดยเตรียมสมุดบันทึกพร้อมด้วยปากกาสีแดงและปากกาสีน้ำเงิน โดยใช้ปากกาสีแดงใช้สำหรับบันทึกข้อมูลที่มีความสำคัญ

2. ขั้นระหว่างการส่งเวร สำหรับขั้นตอนนี้การรับส่งเวรเริ่มขึ้นโดยต้องปราศจากการรบกวน พยาบาลผู้รับและผู้ส่งเวร ผู้รับและผู้ส่งเวรต้องมีการนั่งเผชิญหน้ากัน โดยพยาบาลผู้รับเวรต้องบันทึกข้อมูลสำคัญจากการรับส่งเวร ซึ่งเป็นการส่งเวรข้อมูลของผู้ป่วยเกี่ยวกับชื่อ-สกุล อายุ การวินิจฉัยโรค และการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ พยาบาลผู้รับเวรจะต้องบันทึกข้อมูลทั้งหมดลงในสมุดบันทึก

3. ขั้นหลังการส่งเวร สำหรับขั้นตอนนี้เป็นหลังจากรับทราบข้อมูลของผู้ป่วยแล้ว พยาบาล หัวหน้าทีมผู้รับเวรมอบหมายหน้าที่ให้แก่สมาชิกทีม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง

แมนเซอร์ และ ฟอสเตอร์ (Manser & Foster, 2011) กล่าวถึงขั้นตอนการรับส่งเวรทางการพยาบาลไว้ 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นก่อนส่งเวร เป็นขั้นตอนการเตรียมความพร้อมทางข้อมูลซึ่งมีความสำคัญต่อความน่าเชื่อถือของข้อมูล ผู้ส่งเวรต้องมีการเตรียมความพร้อมของข้อมูลเป็นอย่างดีก่อนที่ผู้รับเวรจะมา
2. ขั้นพร้อมที่จะทำการรับส่งเวร ตามกระบวนการหน่วยงานเป็นขั้นตอนที่ผู้ส่งเวรและผู้รับเวรมีความพร้อมในการร่วมดำเนินกิจกรรมการรับส่งเวร
3. ขั้นการรับส่งเวร เป็นขั้นตอนที่สำคัญมากที่สุด เนื่องจากขั้นตอนนี้แสดงถึงกระบวนการของการรับส่งเวร ซึ่งมีสิ่งรบกวนมามีผลกระทบต่อคุณภาพการรับส่งเวร ได้แก่ แสงสว่างไม่เพียงพอ เสียงต่างๆดังรบกวน ทั้งเครื่องมืออุปกรณ์และบุคคลที่จะมีผลเช่นแพทย์เจ้าของไข้มาตรวจเยี่ยม ทีมสหสาขาวิชาชีพมาตรวจเยี่ยม หรือแม้แต่สถานที่ไม่เหมาะสม รวมถึงการพยาบาลต่อเนื่องที่ยังไม่เรียบร้อย เป็นต้น
4. ขั้นหลังจากการรับส่งเวร ในขั้นตอนนี้ นับเป็นขั้นตอนสุดท้ายที่จะรวบรวมข้อมูลสรุปให้ผู้รับเวรทราบ เปิดโอกาสให้ผู้รับเวรซักถามข้อมูลเพิ่มเติมและมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกันในการวางแผนเพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

สรุปได้ว่า จากการศึกษาพบมี 3 ขั้นตอนและ 4 ขั้นตอน ในศึกษารั้งนี้ เลือกการรับส่งเวรทางการพยาบาล 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นเตรียมการ เป็นการเตรียมข้อมูลประเด็นสำคัญของผู้ป่วยที่จะส่งเวร และเตรียมเอกสารต่างๆ 2) ขั้นรายงานขณะส่งเวร เป็นการรายงานข้อมูลที่เตรียมไว้ให้กับพยาบาลผู้รับเวรถัดไป 3) ขั้นหลังการรับส่งเวร เป็นการตรวจสอบและซักถามความเข้าใจข้อมูลผู้ป่วย และมีการทบทวนแผนการพยาบาลสั้นๆ

เครื่องมือการรับส่งเวรทางการพยาบาล

การรับส่งเวรทางการพยาบาลมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการถ่ายทอดข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพในเวรถัดไปนำข้อมูลที่ได้ไปวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ตรงประเด็น นำสู่การปฏิบัติพยาบาลที่ดีที่สุดและผู้ป่วยปลอดภัย

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้รวบรวมรูปแบบหรือเทคนิคในการรับส่งเวรทางการพยาบาลในรูปแบบต่างๆ อันเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการรับส่งเวรทางการพยาบาล ดังต่อไปนี้

1. การรับส่งเวรแบบ Five Ps

เคอร์รี่ (Currie, 2002) ได้นำเสนอรูปแบบการรับส่งเวรทางการพยาบาล โดยใช้ หลัก Five Ps (Patient, Patient's reason for admission, Patient's restriction, Plan of care, Progress) เป็นเครื่องมือการรับส่งเวรที่มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

- 1) ชื่อผู้ป่วย (Patient) คือ ระบุชื่อผู้ป่วย อายุ ชื่อแพทย์ผู้รักษา การรักษาที่ได้รับแล้ว การแพ้ยาและสารเคมีต่างๆ
- 2) เหตุผลของการเข้ารับการรักษ (Patient's reason for admission) คือ การระบุเหตุผล การเข้ารับการรักษ วันที่เข้ารับการรักษ วันที่รับการผ่าตัด
- 3) การจำกัดกิจกรรมต่างๆ (Patient's restriction) คือ การจำกัดกิจกรรม จำกัดน้ำ ปริมาณอาหาร สารน้ำ ชนิดของอาหาร และการชั่งน้ำหนักตัวเพื่อดูแลภาวะน้ำเกิน
- 4) การวางแผนการดูแล (Plan of care) คือ การระบุปัญหา ความต้องการที่สำคัญของผู้ป่วย การแก้ปัญหาตรงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย
- 5) ความก้าวหน้า (Progress) คือ การรายงานความก้าวหน้าของปัญหาและความต้องการที่จะเกิดขึ้นในเวรต่อไป

เครื่องมือในการรับส่งเวรทางการพยาบาลรูปแบบ Five Ps ข้อดี คือ ง่าย ชัดเจน ข้อเสีย คือ ยังไม่มีการศึกษาชัดเจนในข้อควรใช้

2. การรับส่งเวรแบบ 4 Ps

แฮนสตัน (Hansten, 2003) นำเสนอเครื่องมือการรับส่งเวรทางการพยาบาลไว้ คือ 4 Ps (Purpose, Picture, Plan, และ Part) มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

- 1) เป้าหมาย (Purpose) คือ การระบุชื่อสกุลผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค การผ่าตัด และวันที่ทำการผ่าตัด ระบุสาเหตุการเข้าการรักษาในโรงพยาบาล ปัญหาเรียงตามความสำคัญของปัญหา
 - 2) ภาพรวม (Picture) คือ การส่งเวรอาการปัจจุบันในเวรที่ดูแลอยู่ ปัญหาที่เกิดขึ้นและผลลัพธ์ที่ต้องการทั้งระยะสั้นและยาว การพยาบาลรักษาที่ให้
 - 3) การวางแผน (Plan) คือ การรายงานว่ากิจกรรมใดทำแล้ว และกิจกรรมที่ยังไม่ทำ
 - 4) สิ่งที่ทำไปแล้ว (Part) เป็นสิ่งที่ทำไปแล้ว และส่งข้อมูลให้เวรถัดไปควรทำอะไรบ้าง
- เครื่องมือในการรับส่งเวรทางการพยาบาลรูปแบบ 4 Ps ข้อดี คือ ง่าย สะดวก ข้อเสีย คือ ยังขาดข้อมูลในส่วนภูมิหลัง เกี่ยวกับประวัติเจ็บป่วยและการรักษาในอดีตที่มีผลต่อการเจ็บป่วยปัจจุบัน

3. การรับส่งเวรแบบ SBAR

เรโอนาร์ด และคณะ (Leonard et al., 2004) เป็นผู้พัฒนาระบบการที่ช่วยในการสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO]) ร่วมคณะกรรมการ The Joint Commission และคณะกรรมการ Joint Commission International แนะนำให้ห้องฉุกเฉินสุขภาพใช้มาตรฐานการสื่อสารรูปแบบ SBAR ในการรับส่งเวรระหว่างหัวหน้าทีม โดยมีการกำหนดกรอบการรายงานสถานะของผู้ป่วยประกอบด้วย 4 ประเด็นหลักคือ

S: Situation สถานการณ์ หมายถึงข้อมูลโดยทั่วไปที่ต้องรายงาน หรือข้อมูลที่มีความสำคัญต้องการส่งต่อให้พยาบาลเวรถัดไปดูแล หรือเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยจะเป็นปัญหาทางการพยาบาลหลักๆ เช่น โรคที่ผู้ป่วยมา อาการ หรือภาวะวิกฤตที่ต้องเฝ้าระวัง

B: Background ข้อมูลภูมิหลัง หมายถึงสาเหตุความเจ็บป่วย หรือสาเหตุของอาการผิดปกติ ประวัติทางการแพทย์ที่สำคัญ ประวัติผลการตรวจต่างๆ ที่สำคัญและมีนัยกับอาการที่ส่งข้างต้น

A: Assessment การประเมิน หมายถึงการประเมินอาการโดยทั่วไป เช่น ระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ รูปแบบการหายใจ บันทึกการเข้าออกของสารน้ำ ปริมาณปัสสาวะที่ออก

R: Recommendation ข้อเสนอแนะในการรายงานแพทย์โดยใช้ SBAR จะหมายถึงการอธิบายเหตุผลในการรายงาน เช่นต้องการให้แพทย์มา หรือต้องการคำสั่งการรักษาอย่างใดอย่างหนึ่งในการดูแลผู้ป่วย

เครื่องมือในการรับส่งเวรทางการพยาบาลรูปแบบ SBAR ข้อดี คือ SBAR เป็นรูปแบบในการสื่อสารระหว่างสมาชิกของทีมผู้ให้บริการสถานะของผู้ป่วยเป็นการรายงานข้อมูลที่จำเป็นตรงกับสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วย ทันทีทั้งที่และต่อเนื่อง โดยใช้การบอกเล่าด้วยวาจาและการเขียนให้ถูกต้อง ชัดเจน ตรงประเด็น ข้อเสีย คือ มีข้อจำกัดในกรณีที่ข้อมูลต้องการความละเอียดมาก

4. การรับส่งเวรแบบ HANDOFFS

เย และ ดีเนม (Yeh & DeName, 2009) ได้นำเสนอเครื่องมือในการรับส่งเวรทางการพยาบาล ซึ่งพัฒนามาจากการสื่อสารการรับส่งเวรทางสูตินรีเวชกรรม ที่มีความครอบคลุม และให้ข้อมูลถูกต้อง ซึ่งจะเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลและลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ประกอบด้วย

H: Hello เป็นการเกริ่นนำทั้งผู้รับและผู้ส่งเวรเพื่อให้ทราบถึงข้อมูลและความรับผิดชอบที่มีต่อผู้ป่วย

A: Assessment การประเมินสภาพผู้ป่วย อาการสำคัญ อาการและอาการแสดง การวินิจฉัยโรค รวมถึงความผิดปกติต่างๆของผู้ป่วย

N: Necessary patient information ข้อมูลที่จำเป็นของผู้ป่วย เช่นชื่อ-สกุล อายุ เพศ หอผู้ป่วย และสิทธิบัตรของผู้ป่วย เป็นต้น

D: Danger or risks ความเสี่ยงของผู้ป่วย ข้อมูลสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วย เช่น มีปัญหาแพ้ยา และอาหารรุนแรง มีอาการติดเชื้อต้องอยู่ห้องแยก จำเป็นต้องได้รับการส่งต่อข้อมูลการดูแลเพื่อป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

O: Occurrence เป็นข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์หรือระดับความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับรวมถึงการตอบสนองต่อแผนการรักษา

F: Flame work เป็นข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยทั้งหมด ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการรักษา ปัญหาปัจจุบัน การรักษาที่ได้รับ ตลอดจนประวัติการเจ็บป่วยการรักษาในครอบครัว

F: Future recommendation เป็นข้อเสนอแนะให้ผู้ป่วยเกี่ยวกับแผนการดูแลรักษาที่ควรจะได้รับในอนาคต

S: Seek questions เป็นช่วงเวลาในการให้คำแนะนำและสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม

เครื่องมือในการรับส่งเวรทางการพยาบาลรูปแบบ HANDOFFS ข้อดี คือมีประโยชน์ในการส่งต่อข้อมูลที่เป็นประเด็นสำคัญของผู้ป่วย มีเทคนิคในการช่วยให้จำได้ง่าย มีความครอบคลุมประเด็นสำคัญ เพิ่มประสิทธิภาพของการรับส่งเวร ผลเสีย มีรายละเอียดหลายขั้นตอน

5. การรับส่งเวรแบบ APIE

โคเซอร์ และ เออร์บ์ (Kozier & Erb, 2010) ได้เสนอการจัดองค์ประกอบของการรับส่งเวรโดยใช้กระบวนการพยาบาลไว้ 5 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1) การประเมินผู้ป่วย (Assessment) เป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับสภาพทางสุขภาพร่างกาย จิตใจ สังคม สถิติปัญหา หรือทางคุณธรรม โดยรวบรวมจากการสังเกต สัมภาษณ์ การตรวจร่างกายและตามแผนการรักษาของแพทย์ แล้วจึงนำข้อมูลที่ได้ไปจัดแยกเป็นหมวดหมู่ หาความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน เรียกข้อมูลที่ได้ว่าเป็นข้อมูลพื้นฐาน

2) การวางแผนการพยาบาล (Planning) เป็นการวางแผนในการแก้ปัญหาของผู้ป่วย เริ่มต้นจากข้อวินิจฉัยการพยาบาล มีการจัดเรียงตามความสำคัญของปัญหา มีการกำหนดเป้าหมายเกณฑ์การประเมินผลพยาบาล กำหนดกิจกรรมการพยาบาล ลงเป็นลายลักษณ์อักษรตรวจสอบได้ โดยการวางแผนกิจกรรมเป็นการวางแผนแนวทางเพื่อใช้ในการแก้ปัญหาให้ผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่มผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนถึงการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

3) การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) เป็นขั้นตอนที่พยาบาลนำแผนการพยาบาลลงสู่การปฏิบัติจริงให้สอดคล้องและเหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วย เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย การดำเนินการในขั้นตอนนี้ พยาบาลต้องอาศัยความรู้ทักษะเกี่ยวกับเทคนิคและกิจกรรมการพยาบาล (Nursing intervention) และใช้ศิลปะของการปฏิบัติการพยาบาล นำสู่การปฏิบัติตามกำหนดและบันทึกผลการปฏิบัติการพยาบาล

4) การประเมินผลทางการพยาบาล (Evaluation) เป็นขั้นตอนตรวจสอบคุณภาพและประสิทธิภาพการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยว่าบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนการพยาบาลหรือไม่ เครื่องมือในการรับส่งเวรทางการพยาบาลรูปแบบ APIE ข้อดี คือครอบคลุมขั้นตอนต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ ครบถ้วน (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ และคณะ, 2556) มีส่วนร่วมทั้งผู้รับบริการและทีมพยาบาล (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2549) ข้อเสียคือ รายละเอียดมาก ใช้เวลานาน

จากการทบทวนเครื่องมือที่ใช้ในการรับส่งเวรทางการพยาบาล มีหลายรูปแบบต่างๆ ในการนำมาใช้ให้เหมาะสม จะเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพการรับส่งเวร ซึ่งเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายได้แก่รูปแบบ SBAR เป็นแนวทางการสื่อสารระหว่างทีมพยาบาล เนื่องจากมีกรอบแนวคิดที่มีประสิทธิภาพ เป็นการรายงานข้อมูลเท่าที่จำเป็น ตรงประเด็น กระชับ ตรงสภาพที่เป็นจริงของผู้ป่วยมากที่สุด ในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้ SBAR เนื่องจากรูปแบบการสื่อสารง่าย ตรงต่อสภาพความเป็นจริง กระชับ ง่ายต่อการนำไปใช้ เพิ่มเวลาในการดูแลผู้ป่วย เป็นเครื่องมือที่นำมาใช้กันอย่างแพร่หลาย

แนวคิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

แนวคิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ถูกนำมาใช้ในปี ค.ศ.1950 โดยด็บบีลยู เอ็ดเวิร์ด เดมมิ่ง (W. Edwards Deming) นักฟิสิกส์ชาวอเมริกา ได้เสนอแนวคิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ในการบรรยายเรื่องคุณภาพให้แก่สหภาพนักวิทยาศาสตร์และวิศวกรของญี่ปุ่น เพื่อส่งเสริมและฟื้นฟูการใช้วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ในการพัฒนาอุตสาหกรรมและวัฒนธรรม ซึ่งต่อมาได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลาย รวมถึงองค์กรทางด้านสุขภาพ เป็นการนำแนวคิดการพัฒนาคุณภาพที่ประสบความสำเร็จจากวงการอุตสาหกรรมมาใช้ในระบบสุขภาพ เริ่มจากโครงการนำร่องและขยายออกถึงองค์กรที่ทำหน้าที่รับรองคุณภาพในอเมริกาและแคนาดาต้องกลับมาทบทวนแนวคิดและการรับรองคุณภาพของตน (อนุวัฒน์ ศุภชุตikul, 2543ก)

ความหมายของคุณภาพ

ความหมายของคุณภาพมีผู้ให้ความหมายในลักษณะต่างๆ ดังต่อไปนี้

คุณภาพ หมายถึง ลักษณะเฉพาะที่แสดงคุณค่า ลำดับขั้น ความเป็นเลิศหรือความคาดหวัง (The American Heritage Dictionary, 2000)

คุณภาพ หมายถึง ระดับของการจัดบริการที่ทำให้กับผู้ป่วย เพื่อเพิ่มผลดี และเหมาะสมกับความ ต้องการ โดยลดสิ่งที่ไม่ต้องการ (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2000)

คุณภาพ หมายถึง คุณลักษณะเด่นและสำคัญที่แสดงให้เห็นประจักษ์ของผลผลิต สินค้าหรือ บริการ เป็นพื้นฐานความสามารถในการตอบสนองความพึงพอใจหรือความต้องการ (Kotler, 2003)

คุณภาพ หมายถึง ระดับเป็นเลิศ หรือมีมาตรฐานที่ดี ปราศจากข้อตำหนิ และเหมาะสมตรงตาม จุดมุ่งหมาย หรือตรงตามความคาดหวังของผู้บริโภค รวมถึงการใช้ประโยชน์ได้คุ้มค่า (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2550)

คุณภาพ หมายถึง คุณลักษณะที่ดีของการบริหารจัดการกิจกรรมและบริการที่ดี สอดคล้องกับ เป้าหมายองค์กร ส่งผลให้ผู้ใช้บริการเกิดความพึงพอใจ (พวงทิพย์ ชัยพิบาลสุยดี, 2551)

โดยสรุป คุณภาพคือ คุณลักษณะเฉพาะที่แสดงลักษณะเด่น หรือคุณค่าของบริการ และ ผลลัพธ์ที่เป็นมาตรฐาน ตรงตามความคาดหวัง และความต้องการของผู้ใช้บริการ คุ้มค่า คุ้มทุน มุ่ง ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และพึงพอใจ

ดัชนีชี้วัดคุณภาพ

ดัชนีชี้วัดคุณภาพ หรือตัวชี้วัด หรือเครื่องชี้วัด ในด้านการดูแลสุขภาพ ซึ่งประเทศสหรัฐอเมริกา โดย Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization: JCAHO ได้ให้คำจำกัดความ ของเครื่องชี้วัดทางคลินิกในปี ค.ศ. 1989 ว่าเป็นการวัดเชิงปริมาณที่สามารถเป็นแนวทาง เป็นการ ติดตามและประเมินผลคุณภาพที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยและกิจกรรมที่สนับสนุนการบริการ ต่อมาใน ปี ค.ศ. 1993 ได้ปรับความหมายเป็นความถูกต้อง และกระบวนการเชิงปริมาณที่เที่ยงตรง หรือการวัด ผลลัพธ์ที่เกี่ยวกับการดำเนินงานในทิศทางเดียว หรือมากกว่าหนึ่งทิศทาง ได้แก่ ประสิทธิภาพและ ความเหมาะสม โดยมีค่าสถิติ เพื่อเป็นเครื่องบ่งชี้สภาพการณ์ หรือทิศทางในระยะเวลาหนึ่ง ในการ ดำเนินงานขององค์กรที่เป็นผลลัพธ์พิเศษ

เอ็กดาร์ล และ เกิร์ตแมน (Egdahl & Gertman, 1976) ได้แบ่งเครื่องชี้วัดเป็น 3 ชนิด ดังนี้

1. Structure indicator อธิบายถึงลักษณะของผู้ให้บริการ เช่น จำนวนบุคลากรที่มีความ เชี่ยวชาญ สถานที่ ความสะดวกสบาย เครื่องมือ ฯลฯ เป็นเครื่องชี้วัดเชิงปริมาณ เช่น จำนวนเครื่องช่วย

หายใจในหออภิบาลผู้ป่วย สักส่วนผู้ป่วยที่ใช้ Infusion pump ต่อผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำทั้งหมด

2. Process indicator เป็นเครื่องวัดกระบวนการให้การดูแลผู้ป่วย ได้แก่ Clinical practice guideline (CPG) มาตรฐานการพยาบาล การประกันคุณภาพงานของหน่วยงานต่างๆ เช่น จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุทางสมองอย่างรุนแรง ต้องได้รับการประเมินอาการทางระบบประสาท ทุก 1 ชั่วโมง ต่อจำนวนผู้ป่วยกลุ่มนี้ทั้งหมด

3. Outcome indicator เป็นเครื่องวัดผลที่เกิดขึ้นหรือไม่เกิดขึ้นจากการกระทำ หรือไม่กระทำ กิจกรรมบริการต่อผู้ป่วย เช่น จำนวนผู้ป่วยที่มีไส้ติ่งปกติในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดด้วยโรคไส้ติ่งอักเสบทั้งหมด ตัวชี้วัดชนิดนี้มีประโยชน์มากในการประเมินคุณภาพการบริการ โดยประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ เช่น ความรู้ หรือการแนะนำที่ผู้ป่วยเข้าใจ ความพึงพอใจของผู้ป่วย ผลการหายของโรค

ในส่วน JCAHO ได้แบ่งตัวชี้วัดเป็น 2 ชนิด คือ (พวงทิพย์ ชัยพิบาลสมุญดี, 2551)

1. Sentinel event indicator เป็นเครื่องชี้วัดถึงสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งมักจะหลีกเลี่ยงได้ เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นน้อยหรือไม่บ่อย มักแสดงออกมาในรูปตัวเลขเดียวๆ เช่น การให้เลือดผิดกลุ่ม หรือ ผิดคน จำนวนผู้ป่วยที่พูดได้ หลังจากได้รับอุบัติเหตุ และมีอาการแยลงจนเสียชีวิตในภายหลัง

2. Rate-base indicator เป็นเครื่องชี้วัดแสดงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในอัตราที่ยอมรับได้ สามารถใช้ในการกิจกรรมพัฒนาคุณภาพงาน หรือเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานสากล เช่น อัตราผู้ป่วยเส้นเลือดอุดตัน (Phlebitis) ในผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำในช่วงระยะเวลาหนึ่ง

วรรณฯ สมบูรณ์วิบูลย์ (2554) กล่าวว่า การพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย จำเป็นต้องมีตัวชี้วัดที่จะนำมาใช้ในการประเมินผลการพัฒนาคุณภาพ โดยตัวชี้วัดคุณภาพของการรักษา อาจแยกเป็น

1. Outcome measures เช่น mortality rate length of stay (LOS) จำนวนวันของการใช้เครื่องช่วยหายใจ ความพึงพอใจ

2. Access measures เช่น อัตราของ delayed admissions หรือ discharges

3. Complication measures เช่น อัตราของ unplanned readmission อัตราของ catheter related blood stream imfection

4. Process measures เช่นการให้ appropriate sedation การป้องกัน ventilator associated pneumonia (VAP) การป้องกัน deep vein thrombosis (DVT) การประเมินความปวด

สรุปได้ว่า ตัวชี้วัดที่มีคุณภาพมีหลายด้าน ในการศึกษาครั้งนี้ ได้มุ่งศึกษาตัวชี้วัด 3 ด้าน คือ บุคลากรปฏิบัติตามแนวทางได้ถูกต้อง ครบถ้วนในแต่ละหัวข้อการสื่อสารตามรูปแบบ SBAR ได้มากกว่าร้อยละ 80 โดยประเมินจากแบบสังเกตการปฏิบัติตามแนวทางการรับส่งเวรที่ผู้ศึกษาและทีมพัฒนาคุณภาพ ที่สร้างขึ้น อุบัติการณ์ที่เกิดจากการรับส่งเวรลดลง โดยประเมินจากแบบบันทึก อุบัติการณ์ที่เกิดจากการรับส่งเวร ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น และบุคลากรในทีมมีความพึงพอใจต่อการพัฒนาการรับส่งเวรมากกว่าร้อยละ 80 โดยประเมินจากแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น

ความหมายของการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

นักวิชาการให้ความหมายการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

เคลลี (Kelly, 2012) ให้ความหมายของการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง หมายถึง กระบวนการพัฒนาคุณภาพที่เป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ โดยเฉพาะในด้านวิทยาศาสตร์เป็นการพัฒนาและรับรองแนวคิดใหม่ที่ได้รับการทดสอบ และสามารถนำสู่การปฏิบัติเพื่อการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ (2549) ให้ความหมายของการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง หมายถึง การหาโอกาสพัฒนาและดำเนินการปรับปรุงกระบวนการต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง มีการขยับเป้าหมายของผลงานขึ้นอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับความเป็นไปได้

พวงทิพย์ ชัยพิบาลสุฤษดิ์ (2551) ให้ความหมายของการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง หมายถึง กระบวนการกำกับการปฏิบัติงานในคลินิก รวมถึงการจัดการ มีการป้องกันอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ปัญหาและตัวแปรที่ส่งผลต่อคุณภาพบริการการพยาบาลที่เกิดขึ้น ได้รับการแก้ไขจนสามารถนำมาวางมาตรฐานที่ดีขึ้น

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (2556) ให้ความหมายของการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง หมายถึง การพัฒนาคุณภาพและการเรียนรู้ เปรียบเสมือนวงล้อเล็กๆ เริ่มจากมีสิ่งที่ทำ ประเมินผล ปรับปรุงเรื่อยๆ มีการเชื่อมโยงมากขึ้น ใช้วิธีการใหม่ๆ และปรับปรุงอย่างเป็นระบบ ผลลัพธ์อยู่ในเกณฑ์ที่เป็นแบบอย่างได้ ต้องมีการทบทวน แล้วเริ่มหมุนรอบใหม่เรื่อยๆ

สรุปการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง คือกระบวนการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง โดยมีทีมบุคลากรเข้ามามีส่วนร่วมปรับปรุงระบบงาน ก่อให้เกิดผลลัพธ์เชิงกระบวนการที่พัฒนาสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น

กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

ในช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ดับเบิลยู เอ็ดวาร์ด เดมมิง (W. Edwards Deming) ได้เริ่มนำแนวคิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ไปใช้ในการตรวจสอบภายหลังการผลิตของโรงงานอุตสาหกรรมของประเทศญี่ปุ่น ซึ่งปรากฏว่าได้รับความนิยมและได้ผล ทำให้วงการอุตสาหกรรมเกิดความก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว แนวคิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องจึงถูกนำมาประยุกต์ใช้ในหลายหน่วยงานในระบบบริการสุขภาพ โดยมีหลายรูปแบบ

1. กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง พีดีซีเอ (PDCA)

กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง พีดีซีเอ(PDCA) แนวคิดเกี่ยวกับวงจร PDCA เริ่มขึ้นเป็นครั้งแรกโดยนักสถิติ Walter Shewhart ได้พัฒนากระบวนการคิดเชิงสถิติ ในสหรัฐอเมริกา เมื่อทศวรรษ 1930 โดยเริ่มรู้จักกันคืออย่างแพร่หลาย เรียกว่า "วงจร Shewhart" ราวทศวรรษที่ 1950 โดย W. Edwards Deming เป็นปรมาจารย์ทางด้านการบริหารคุณภาพ จึงเรียกวงจรนี้ว่า "วงจร Deming" ซึ่งแรกเริ่ม Deming จะเน้นถึงความสัมพันธ์ 4 ฝายใช้แนวคิด PDCA ซึ่งเป็นขั้นตอนทางวิทยาศาสตร์ ประกอบด้วย การวางแผน (Plan) อย่างรอบคอบ เพื่อ การปฏิบัติ (Do) อย่างค่อยเป็นค่อยไป แล้วจึง ตรวจสอบ (Check) ผลที่เกิดขึ้น วิธีการปฏิบัติใดมีประสิทธิภาพที่สุด (Act) ก็จะจัดให้เป็นมาตรฐาน หากไม่สามารถบรรลุเป้าหมายได้ ก็ต้องมองหาวิธีการปฏิบัติใหม่หรือใช้ความพยายามให้มากขึ้นกว่าเดิม

1. P (Plan) ขั้นตอนการวางแผนครอบคลุมถึงการกำหนดกรอบหัวข้อที่ต้องการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง ซึ่งรวมถึงการพัฒนาสิ่งใหม่ ๆ การแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน ฯลฯ พร้อมทั้งพิจารณาว่ามีความจำเป็นต้องใช้ข้อมูลใดบ้างเพื่อการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงนั้น โดยระบุวิธีการเก็บข้อมูลให้ชัดเจน นอกจากนี้ จะต้องวิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมได้ แล้วกำหนดทางเลือกในการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงดังกล่าว การวางแผนยังช่วยให้เราสามารถคาดการณ์สิ่งที่เกิดขึ้นในอนาคต และช่วยลดความเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ ทั้งในด้านแรงงาน วัตถุดิบ ชั่วโมงการทำงาน เงิน เวลา ฯลฯ โดยสรุปแล้ว การวางแผนช่วยให้รับรู้สภาพปัจจุบัน พร้อมกับกำหนดสภาพที่ต้องการให้เกิดขึ้นในอนาคต ด้วยการผสานประสบการณ์ ความรู้ และทักษะอย่างลงตัว โดยทั่วไปการวางแผนมีอยู่ด้วยกัน 2 ประเภทหลัก ๆ ดังนี้

ประเภทที่1 การวางแผนเพื่ออนาคต เป็นการวางแผนสำหรับสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตหรือกำลังจะเกิดขึ้น บางอย่างเราไม่สามารถควบคุมสิ่งนั้นได้เลย แต่เป็นการเตรียมความพร้อมของเราสำหรับสิ่งนั้น

ประเภทที่ 2 เป็นการวางแผนเพื่อเปลี่ยนแปลงสภาพที่เกิดขึ้นในปัจจุบันเพื่อสภาพที่ดีขึ้น ซึ่งเราสามารถควบคุมผลที่เกิดในอนาคตได้ด้วยการเริ่มต้นเปลี่ยนแปลงตั้งแต่ปัจจุบัน โดยเริ่มต้นจากการวิเคราะห์สภาพปัญหา ว่าปัญหาเกิดขึ้นที่ไหน เมื่อไร กับใคร อย่างไร มีกระบวนการอะไรที่เกี่ยวข้อง การวิเคราะห์ระดับของปัญหา : สามารถวัดข้อมูลที่สะท้อนระดับของปัญหาได้ด้วยวิธีการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา สาเหตุหลัก ๆ สามารถวิเคราะห์ถึงสาเหตุรากเหง้าได้หรือไม่ การวิเคราะห์ทางเลือกในการแก้ปัญหา: เป็นการนำสาเหตุรากเหง้าที่สำคัญมาวิเคราะห์ว่าจะลดหรือขจัดออกไปได้อย่างไร โดยอาศัยแนวคิดเชิงกลยุทธ์และความคิดสร้างสรรค์ประกอบกัน ทางเลือกในการแก้ปัญหาและวิเคราะห์แรงหนุนแรงต้านของผู้เกี่ยวข้อง เพื่อวางแผนลดแรงต้านและใช้แรงหนุนให้เป็นประโยชน์

2. D (DO) ขั้นตอนการปฏิบัติ คือ การลงมือปรับปรุงเปลี่ยนแปลงตามทางเลือกที่ได้กำหนดไว้ในขั้นตอนการวางแผน ในขั้นนี้ต้องตรวจสอบระหว่างการปฏิบัติด้วยว่าได้ดำเนินไปในทิศทางที่ตั้งใจหรือไม่ พร้อมทั้งสื่อสารให้ผู้ที่เกี่ยวข้องรับทราบไม่ควรปล่อยให้ถึงวินาทีสุดท้ายเพื่อดูความคืบหน้าที่เกิดขึ้น เพื่อจะมั่นใจว่าโครงการปรับปรุงเกิดความผิดพลาดน้อยที่สุด

3. C (Check) ขั้นตอนการตรวจสอบ คือ การประเมินผลที่ได้รับจากการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง แต่ขั้นตอนนี้มักจะถูกมองข้ามเสมอการตรวจสอบทำให้เราทราบว่า การปฏิบัติในขั้นที่สองสามารถบรรลุเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่ได้กำหนดไว้หรือไม่ สิ่งสำคัญก็คือต้องรู้อะไรบ้างและบ่อยครั้งแค่ไหน ข้อมูลที่ได้จากการตรวจสอบจะเป็นประโยชน์สำหรับขั้นตอนถัดไป

4. A (Act) ขั้นตอนการดำเนินงานให้เหมาะสมจะพิจารณาผลที่ได้จากการตรวจสอบ ซึ่งมีอยู่ 2 กรณี คือ ผลที่เกิดขึ้นเป็นไปตามแผนที่วางไว้หรือไม่เป็นไปตามแผนที่วางไว้ หากเป็นกรณีแรกก็ให้นำแนวทางหรือกระบวนการปฏิบัตินั้นมาจัดทำให้เป็นมาตรฐาน พร้อมทั้งหาวิธีการที่จะปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้นไปอีก ซึ่งอาจหมายถึงสามารถบรรลุเป้าหมายได้เร็วกว่าเดิม หรือเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าเดิม หรือทำให้คุณภาพดียิ่งขึ้นก็ได้ แต่ถ้าหากเป็นกรณีที่สอง ซึ่งก็คือผลที่ได้ไม่บรรลุวัตถุประสงค์ตามแผนที่วางไว้ เราควรนำข้อมูลที่รวบรวมไว้มาวิเคราะห์ และพิจารณาว่าควรจะดำเนินการอย่างไรต่อไปนี้ มองหาทางเลือกใหม่ที่น่าจะเป็นไปได้ ให้ความพยายามให้มากกว่าเดิม ขอความช่วยเหลือจากผู้รู้ เปลี่ยนเป้าหมายใหม่

โดยสรุป กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง พดีซีเอ (PDCA) ประกอบด้วยกระบวนการเริ่มต้นขั้นตอนการวางแผนครอบคลุม ขั้นตอนการปฏิบัติ ขั้นตอนการตรวจสอบ จนถึงขั้นตอนการดำเนินงานให้เหมาะสมจะพิจารณาผลที่ได้จากการตรวจสอบ โดย PDCA ใช้เพื่อปรับปรุงให้ดีขึ้น

อย่างต่อเนื่อง ครบทุกขั้นตอน ซึ่งทุกครั้งที่วงจรหมุนไปในแต่ละรอบ ก็จะเกิดวิธีใหม่ในการปรับปรุง ซึ่งจะถูกจัดให้เกิดมาตรฐานการทำงานใหม่ๆ สามารถประยุกต์ใช้ได้อย่างหลากหลาย (ศุภชัย อาชีวะระงับโรค, 2547)

2. กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โฟกัส พีดีซีเอ (FOCUS PDCA)

ในปี ค.ศ. 1980 มีการนำแนวคิด PDCA มาใช้ในองค์กรสุขภาพ โดยกลุ่มแพทย์ที่มีชื่อเสียงในสหรัฐอเมริกา 3 ท่าน ได้แก่ พอล บาตอลเดน (Paul Batalden) จากโรงพยาบาลศูนย์ความร่วมมือของอเมริกา โดนอล เบอวิก (Donald Berwick) จากศูนย์สุขภาพชุมชนที่ฮาร์วาร์ด และ เบร็นเจมส์ (Brent James) จากศูนย์สุขภาพที่อินเดอร์เมาท์เทน โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดของเดมมิง ทำให้เป็นวิธีที่ง่าย มีความละเอียดมากกว่าเดิม ไม่ซับซ้อน เรียกขั้นตอนใหม่ที่มีการประยุกต์นี้ว่า วงจร FOCUS- PDCA ซึ่งเหมาะสมกับผู้ปฏิบัติงานในองค์กรสุขภาพ เนื่องจากองค์กรสุขภาพมีความพร้อมทั้งด้านความรู้ และมีทีมการดูแลรักษาร่วมกัน โดยกระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โฟกัส พีดีซีเอ (FOCUS-PDCA) (Deming, 1993, as cited in McLaughlin & Kaluzny, 1999) ประกอบด้วย 9 ขั้นตอน ได้แก่

1) ค้นหากระบวนการปรับปรุงคุณภาพ เป็นกระบวนการที่ค้นหาปัญหาที่ต้องการปรับปรุงที่อาจเกิดผลกระทบต่อคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย โดยทบทวนจากกระบวนการทำงานที่เป็นอยู่ ทบทวนมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย ตรวจสอบประเด็นปัญหาที่เกิดจากการทำงาน การตรวจสอบอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการทำงาน ตลอดจนข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหา โดยผ่านการประชุมกลุ่ม วิเคราะห์กระบวนการที่ทีมการทำงานมีความต้องการปรับปรุง หรือพัฒนา

2) สร้างทีมงานที่รู้กระบวนการ เป็นขั้นตอนที่มีการจัดตั้งทีมงานที่มีความรู้ ความเข้าใจ ในประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้น นำมาสร้างแผนงาน กำหนดบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ ได้แก่ ผู้นำทีม ผู้ประสานงาน เลขานุการ ผู้สังเกตการณ์ ผู้ควบคุมเวลา และทีมปฏิบัติในการดำเนินการ เพื่อทำความเข้าใจระบบ หรือกระบวนการที่ต้องการปรับปรุง มีการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน รู้จักหน้าที่ของตนเอง ทำให้ทีมตื่นตัวในการปรับปรุงงานให้ดีขึ้น

3) ทำความเข้าใจกระบวนการ เป็นขั้นตอนที่ต้องทำความเข้าใจกับสภาพปัญหาที่ต้องการปรับปรุง โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทีมในการทำความเข้าใจ ซึ่งอาจเขียนขั้นตอนการทำงานที่เป็นอยู่อย่างง่ายๆ หรือเขียนแผนภูมิการไหลของงาน (flow chart) ซึ่งเป็นวิธีการเขียนที่ใช้โดยทั่วไป ไม่ต้องเสียเวลามาก ทำให้เห็นภาพรวมถึงกระบวนการทำงานทั้งหมด ค้นหากระบวนการที่ต้องการปรับปรุง และค้นหาวิธีการที่เป็นมาตรฐานที่ดีที่สุด ซึ่งในการจัดทำแผนภูมิการไหลของงาน ต้องมีการ

ตั้งเป้าหมาย และประยุกต์ใช้เครื่องมือที่มีมาตรฐาน โดยใช้แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องนำมาบริหารจัดการให้ดี มีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี

4) ทำความเข้าใจสาเหตุของความแปรปรวนของกระบวนการ โดยทีมพัฒนาคุณภาพและทีมปฏิบัติการ ทำความเข้าใจสาเหตุของความแปรปรวนในกระบวนการ ที่มีส่วนทำให้กระบวนการด้อยคุณภาพ มีการวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุและข้อเสนอแนะจากกลุ่ม โดยการระดมความคิด (Brainstorm) ใช้แผนภูมิแก๊งปลา ที่เป็นวิธีที่นิยมแพร่หลาย ในการวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา จัดเรียงตามลำดับความสำคัญของปัญหา โดยใช้เครื่องมือคุณภาพช่วยหาสาเหตุของปัญหาได้อย่างเป็นระบบ และมีเหตุผลในกระบวนการต่อไปเพื่อเลือกตัดสินใจ

5) เลือกกระบวนการที่ต้องการปรับปรุง เป็นการนำสาเหตุที่วิเคราะห์ได้ มากำหนดทางเลือกในการปรับปรุงกระบวนการที่เหมาะสมที่สุด โดยทุกคนรับทราบปัญหาจากการร่วมระดมสมองวิเคราะห์วิจารณ์ เพื่อตัดสินใจในการใช้เครื่องมือคุณภาพที่เป็นการแก้ไขปัญหานั้นที่แท้จริง มีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติได้จริง และนำไปสู่ความสำเร็จ

6) วางแผนการปรับปรุง เป็นการดำเนินการวางแผนกำหนดขอบเขตของการพัฒนา มีการกำหนดผู้รับผิดชอบ วิธีการ สถานที่ ระยะเวลา ตัวชี้วัด ซึ่งเป็นขั้นตอนที่สำคัญมาก ทีมพัฒนาคุณภาพต้องมีความเข้าใจกระบวนการปรับปรุงเป็นอย่างดี และดำเนินการวางแผนว่า จะทำอะไรก่อน หลัง ควรคำนึงถึงความเหมาะสม ความเป็นไปได้ นำสู่การเปลี่ยนแปลงในทางที่ดี คำนึงถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับทีมปฏิบัติ วิธีการจัดการสิ่งที่ไม่คาดหวัง ตลอดจนวิธีการติดตามการพัฒนาคุณภาพเปลี่ยนแปลงที่มีโอกาสเกิด ทีมพัฒนาคุณภาพ มากำหนดเป้าหมายเป็นแผนภูมิแกนต์ (Gantt chart) เพื่อแสดงแผนการดำเนินการในแต่ละช่วงเวลา เพื่อความชัดเจนในการดำเนินการและติดตาม

7) นำแผนสู่การปฏิบัติ เป็นการดำเนินงานตามแผนการที่กำหนดไว้ สมาชิกทุกคนต้องเข้าใจ เห็นความสำคัญ และความจำเป็นในการปฏิบัติตามแผนที่กำหนด เข้าใจเหตุผลในการปรับปรุง มีการติดตามให้สมาชิกดำเนินการตามแผนอย่างระมัดระวัง มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

8) ตรวจสอบการปฏิบัติ เป็นขั้นตอนในการตรวจสอบผลการปรับปรุง ว่ามีการปฏิบัติตามแผนหรือไม่ ผลลัพธ์เป็นอย่างไร หากการตรวจสอบได้ผลไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง ทีมนำมาวิเคราะห์จัดการแก้ไข เพื่อปรับปรุงต่อไป โดยมีการเก็บข้อมูล เพื่อติดตามความก้าวหน้า และความสำเร็จ รวบรวมข้อมูลและตรวจสอบเหตุการณ์ที่ไม่คาดหวัง

9) ยืนยันการดำเนินการและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง เป็นการติดตามผลการดำเนินงานพิจารณาจากการตรวจสอบ 2 กรณีคือผลที่เกิดขึ้นไปตามแผนหรือไม่ กรณีเป็นไปตามแผนที่วางไว้ให้นำมาจัดทำมาตรฐาน พร้อมหาวิธีปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น

โดยสรุป กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โฟกัส พีดีซีเอ (FOCUS PDCA) มีการพัฒนามาจาก พีดีซีเอ (PDCA) แต่มีขั้นตอนพัฒนาที่ละเอียดชัดเจนขึ้น ตั้งแต่กระบวนการค้นหาปัญหาที่ต้องการปรับปรุง การสร้างทีม การเปิดโอกาสให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการทำความเข้าใจสภาพปัญหาสาเหตุของความแปรปรวน และการนำสาเหตุที่วิเคราะห์ได้ นำมาร่วมกันกำหนดทางเลือกในการปรับปรุงที่เหมาะสมที่สุด โดยทุกครั้งที่วงจรหมุนครบรอบ จะส่งให้หมุนในวงล้อรอบต่อไป ทำให้เกิดวิธีการใหม่ๆ เกิดเป็นแนวปฏิบัติตามมาตรฐาน ทำให้เกิดการพัฒนาไม่สิ้นสุด ดังนั้นผู้ศึกษาจึงนำกระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โฟกัส พีดีซีเอ (FOCUS PDCA) มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

เครื่องมือในการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

เครื่องมือคุณภาพ คือเทคนิคหรือวิธีการต่างๆ ที่สนับสนุนให้การดำเนินการพัฒนาคุณภาพประสบความสำเร็จ (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2549; อนุวัฒน์ ศุภชติกุล, 2543) ได้เสนอเครื่องมือคุณภาพที่นำมาใช้ในกระบวนการพัฒนาคุณภาพ ดังต่อไปนี้

1. แผนภูมิพาเรโต (Pareto diagram) คือเครื่องมือสำหรับวิเคราะห์และเรียงลำดับความสำคัญของปัญหาหรือสาเหตุต่างๆ ที่เกิดขึ้นในสถานที่ทำงานหนึ่งๆ โดยการนำปรากฏการณ์ที่เป็นปัญหาหรือสาเหตุทั้งหลายมาแยกแยะประเภทและแจกแจงเป็นกลุ่ม นำมาเรียงลำดับจากค่ามากไปหาค่าน้อยในแนวนอน จัดแสดงค่าความมากน้อยด้วยความสูงของกราฟแท่ง และแสดงค่าสะสมของข้อมูลด้วยกราฟเส้น แผนภูมิพาเรโตจะแสดงข้อมูลใน 2 ลักษณะ ได้แก่แสดงข้อมูลที่เป็นผลเพื่อใช้ระบุว่าปัญหานั้นเป็นปัญหาประเภทใด เช่นความเสี่ยงใดเกิดมากที่สุด และใช้แสดงข้อมูลที่เป็นสาเหตุเพื่อใช้ระบุความผิดปกติขององค์ประกอบต่างๆ ในกระบวนการที่องค์ประกอบใดมีความผิดปกติมากที่สุดเพียงใด อาทิ ความเชี่ยวชาญชำนาญ ประสบการณ์ เป็นต้น

2. แผนภูมิควบคุม (Control chart) คือแผนภูมิที่แยกสาเหตุความผันแปรแบบผิดปกติ (Special causes) ของข้อมูลออกจากสาเหตุผันแปรแบบธรรมดา (Common causes) ของข้อมูลใช้สำหรับวิเคราะห์ความเสถียรภาพของข้อมูลภายใต้หลักการ Deming ที่ว่าความผันแปรส่วนใหญ่มาจากสาเหตุแบบธรรมดา (แบบสุ่ม) แผนภูมิควบคุมนำมาใช้ในการเฝ้าติดตามค่าตัวแปรต่างๆ ใน

กระบวนการทำงานที่มีค่าอยู่ในพิกัดที่ต้องการหรือไม่ นอกจากนี้ยังเผื่อคิดตามการเปลี่ยนแปลงค่าตัวแปรที่ต้องการควบคุมว่ามีแนวโน้มอย่างไร ทำให้ทราบได้ว่าแนวโน้มจะเกิดปัญหาและสามารถหามาตรการป้องกันได้ทันทั่วทั้งที่ และยังสามารถใช้ประโยชน์ในการเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการแก้ปัญหาได้

3. ใบตรวจสอบ (Check sheet) คือฟอร์มสำหรับการบันทึกข้อมูลที่ได้ออกแบบพิเศษเฉพาะเพื่อการตีความหมายผลการบันทึกทันทีที่กรอกแบบฟอร์มดังกล่าวเสร็จสิ้นแบ่งเป็น 3 ประเภท คือ 1) ใบตรวจสอบแสดงข้อมูลแบบนับ 2) ใบตรวจสอบแสดงข้อมูลแบบวัด และ 3) ใบตรวจสอบแสดงตำแหน่งการเกิดปัญหาประโยชน์ของใบตรวจสอบมีหลายประการ ได้แก่ช่วยให้เก็บข้อมูลได้ครบถ้วนตรงตามวัตถุประสงค์ของการใช้งาน ช่วยให้การเก็บรวบรวมข้อมูลทำได้สะดวก ง่าย และถูกต้อง สามารถอ่านข้อมูลง่ายขึ้น

4. กราฟ (Graphs) คือแผนภาพที่แสดงถึงตัวเลขผลการวิเคราะห์ทางสถิติ ซึ่งสามารถทำให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจ ไม่ใช่ตัวเลขแต่สามารถพิจารณาด้วยตาเปล่า เป็นเครื่องมือที่แสดงรูปแบบความผันแปรของข้อมูล เพื่อศึกษาถึงสาเหตุความผันแปรที่ผิดปกติ

5. ฮิสโตแกรม (Histogram) คือผังภาพที่แสดงการกระจายตัว (ความผันแปรออกจากศูนย์กลาง) ของข้อมูลชุดหนึ่งซึ่งแสดงคุณลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น อุณหภูมิ เวลา น้ำหนัก ความยาว เป็นต้น โดยมีประโยชน์คือใช้ศึกษาการกระจายของข้อมูล ใช้ในการคำนวณค่าทางสถิติของข้อมูล

6. แผนภาพแสดงเหตุและผลหรือแผนภาพก้างปลา (Caused effects diagram or fishbone diagram) คือแผนภาพแสดงความสัมพันธ์ระหว่างผลของการทำงาน (อาการหรือคุณลักษณะของปัญหาอย่างใดอย่างหนึ่ง แสดงที่หัวปลา) กับสาเหตุต่างๆ (ปัจจัยหรือองค์ประกอบต่างๆ ในการทำงานนั้นแสดงไว้ที่ตัวปลา) ประโยชน์ของแผนภาพก้างปลา ได้แก่การช่วยให้วิเคราะห์สาเหตุของปัญหาได้อย่างมีเหตุผล เจาะลึกถึงสาเหตุ รากเหง้าของปัญหาได้ง่ายและเป็นระบบ และใช้เป็นเครื่องมือช่วยกระตุ้นให้เกิดการระดมความคิดเห็นของสมาชิกแต่ละคนในทีมได้

7. แผนภาพกระจาย (Scatter diagram) เป็นเครื่องมือที่ใช้แสดงว่าข้อมูล 2 ชุด มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันหรือไม่ และระดับความสัมพันธ์นั้นมีมากหรือน้อยเพียงใด ประโยชน์ของแผนภาพกระจาย ได้แก่การหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูล 2 ชุด หรือ 2 ตัวแปรและเพื่อตรวจสอบว่าผลของการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรหนึ่งมีผลต่ออีกตัวแปรหนึ่งหรือไม่ และจะแปรเปลี่ยนไปในทิศทางใด นอกจากนี้ยังมีเครื่องมือในทางสถิติอีกชนิดที่นิยมนำมาหารากของปัญหาเพื่อนำสู่การแก้ไขนั่นก็คือการวิเคราะห์คุณลักษณะความเสียหายและผลกระทบ (Failure mode and effect analysis: FMEA) จะ

มุ่งเน้นการชี้ให้เห็นคุณลักษณะสาเหตุที่จะนำไปสู่ความเสียหายที่อาจเกิดขึ้น (Potential failure mode) อันเนื่องมาจากการออกแบบการผลิตหรือบริการ จากนั้นนำมาทำการวิเคราะห์ผลกระทบความเสียหายที่คาดว่าจะเกิดขึ้น (Effect analysis) และสุดท้ายก็เพื่อการนำไปสู่การหาวิธีป้องกันการเกิดความเสียหายที่คาดว่าจะเกิดขึ้น (Problem prevention)c

8. แผนภูมิแกนต์ (Gantt chart) เป็นแผนผังกำหนดงาน ใช้เป็นเครื่องมือช่วยในกำหนด ควบคุมการดำเนินงานในเวลาที่เหมาะสมเพื่อสนับสนุนให้เกิดการดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมาย วัตถุประสงค์และเวลาตามที่ระบุไว้ในโครงการได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยผังนี้จะแสดงปริมาณงาน และระยะเวลากำหนดเพื่อทำงานนั้นให้ลุล่วง เป็นแผนภูมิในรูปกราฟแท่งที่ประกอบด้วยแกนหลัก 2 แกนคือ แกนนอนแสดงถึงเวลาในการทำงานตลอดโครงการ และแกนตั้งแสดงถึงงานหรือกิจกรรมที่ต้องทำ

9. การระดมสมอง (Brain storming) เป็นกระบวนการที่มีแบบแผนใช้รวบรวมความคิดเห็น หรือข้อเสนอแนะจำนวนมากในเวลาอันรวดเร็วเป็นวิธีการที่ดีในการกระตุ้นความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และเกิดการมีส่วนร่วมของกลุ่มมากที่สุด การระดมสมองมุ่งเน้นที่จำนวนความคิดเห็นที่ได้มากที่สุด

10. ผังงาน (Flowchart) เป็นรูปภาพ (Image) หรือสัญลักษณ์ (Symbol) ที่ใช้เขียนแทนขั้นตอน คำอธิบายข้อความหรือคำพูดที่ใช้ในกระบวนการแก้ปัญหาที่สามารถอธิบายออกมาเป็นขั้นตอนที่ ชัดเจน ประโยชน์ของแผนภูมิกระบวนการหลักทำให้เข้าใจและแยกแยะปัญหาได้ง่าย แสดงลำดับการ ทำงานหาข้อผิดพลาดได้ง่ายและทำความเข้าใจโปรแกรมได้ง่าย

โดยสรุปจากเครื่องมือที่ใช้ในการปรับปรุงคุณภาพมีหลายชนิดขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์การเลือก นำไปใช้ตามประโยชน์ที่ควรจะได้รับในแต่ละประเภทเพื่อทำให้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ โดยทุกเครื่องมือต้องกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของทีม จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาจึงขอเลือกการ นำเครื่องมือคุณภาพมาประยุกต์ใช้ได้แก่ 1) การระดมสมองเพื่อรวบรวมความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหา ของการรับส่งเวรในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก เป็นการกระตุ้นความคิดและการมี ส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นต่างๆ 2) แผนก้างปลา โดยหาความสัมพันธ์ระหว่างผลของการ รับส่งเวรกับสาเหตุต่างๆที่มีผล แล้วนำมาวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาอย่างมีเหตุผล เจาะลึกรากเหง้า ของปัญหา 3) ผังงาน เป็นรูปภาพหรือสัญลักษณ์แสดงขั้นตอนให้ง่ายต่อการใช้และเข้าใจ 4) แผนภูมิ แกนต์ ช่วยในกำหนด ควบคุมการดำเนินงานในเวลาที่เหมาะสมเพื่อสนับสนุนให้เกิดการดำเนินงาน บรรลุตามเป้าหมาย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษารั้วนี้ผู้ศึกษาได้ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเป็นงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ โดยกล่าวถึงประเด็นการใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ของเคมมิ่งร่วมกับการใช้เครื่องมือการรับส่งเวรทางการพยาบาลด้วยรูปแบบ SBAR ดังต่อไปนี้

คริสตี้ และ โรบินสัน (Christie & Robinson, 2009) ศึกษาการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล โดยใช้การสื่อสารแบบ SBAR นำมาใช้ในการสื่อสารข้อมูลระหว่างทีมสุขภาพในโรงพยาบาลเทอร์เบย์ ประเทศอังกฤษ โดยประเมินผลติดตามหลังนำการรับส่งเวรรูปแบบ SBAR มาใช้พบว่าอัตราการตายของผู้ป่วยลดลงร้อยละ 11 เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ลดลงร้อยละ 65 และการติดเชื้อแบคทีเรียคือยาลดลงร้อยละ 83 การรับส่งเวรรูปแบบ SBAR ทำให้มั่นใจได้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและปลอดภัย

โนวาค และ แฟร์ชิลด์ (Novak & Fairchild, 2012) ศึกษาการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล โดยใช้การสื่อสารแบบ SBAR ที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม พบว่าสามารถลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดกับผู้ป่วยได้ ทำให้มองเห็นสภาพผู้ป่วยขณะทำการรับส่งเวรได้ชัดเจน ผู้ป่วยปลอดภัย และยังเกิดประโยชน์กับพยาบาลผู้มารับเวร สามารถให้การพยาบาลได้ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

เรนซ์ และคณะ (Renz et al., 2013) ศึกษาการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล โดยใช้การสื่อสารแบบ SBAR ในมหาวิทยาลัยที่ผลิตบุคลากรทางพยาบาล ในประเทศอเมริกา โดยใช้รูปแบบ SBAR พบว่ามีผลในการช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยและประเมินผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อิบบราฮิม (Ibrahim, 2014) ศึกษาการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล โดยใช้การสื่อสารแบบ SBAR ในหอผู้ป่วยหนักระบบหัวใจและหลอดเลือด ส่งผลให้จำนวนอุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการรับส่งเวรลดลงจากร้อยละ 33 เป็นร้อยละ 22 พยาบาลพึงพอใจต่อการมีรูปแบบการรับส่งเวรที่เป็นมาตรฐาน สะดวกต่อการส่งต่อข้อมูล เพิ่มประสิทธิภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย

สำหรับการศึกษาในประเทศไทย พบดังต่อไปนี้

พิมประพรรณ สถาพรพัฒน์ (2553) ศึกษาการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล โดยใช้การสื่อสารแบบ SBAR ร่วมกับแนวคิด PDCA ในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตศัลยกรรมทั่วไป 2 โรงพยาบาล มหาราชนครเชียงใหม่ พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ร้อยละ 81 เห็นว่า มีความเป็นไปได้ในการใช้แนวทางการส่งเวร SBAR มาใช้ในทางปฏิบัติ และมีประโยชน์ต่อหน่วยงานในระดับมาก

อวยพร กิตติเจริญ, ณัฐภา เดชเกษม, และ กัลยา แก้วชนสิน (2554) ศึกษาการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล โดยใช้การสื่อสารแบบ SBAR ร่วมกับแนวคิด FOCUS-PDCA ที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชนิ เป็นการศึกษากึ่งทดลองกลุ่มเดียวกันวัดผลก่อนและหลังการทดลอง พบว่า มีประสิทธิภาพการสื่อสารรับส่งเวรมากขึ้น และไม่พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับการรับส่งเวรหลังการทดลอง

จันทร์จิรา หาญศิริมีชัย (2558) ศึกษาการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล โดยใช้การสื่อสารแบบ SBAR ร่วมกับแนวคิด FOCUS-PDCA ในหอผู้ป่วยนรีเวชกรรม โรงพยาบาลลำปาง พบว่า การรับส่งเวรมีความถูกต้อง ครบถ้วนมากกว่าร้อยละ 75 รายงานได้เร็วขึ้น โดยใช้เวลาน้อยลง 10-15 นาที เจ้าหน้าที่ที่มีความพึงพอใจในการรับส่งเวรที่มีแนวทางเดียวกัน เป็นระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีความต่อเนื่อง และมีคุณภาพ

มนนพรัฐ อุเทน (2558) ศึกษาการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล โดยใช้การสื่อสารแบบ SBAR ร่วมกับแนวคิด FOCUS-PDCA ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่า ร้อยละ 96.7 ของพยาบาลปฏิบัติตามแนวทางในการรับส่งเวรทางการพยาบาลได้ และลดระยะเวลาการรับส่งเวรลงจาก 25.60 นาทีเป็น 22.90 นาที

อรทัย หล้านามวงศ์ (2558) ศึกษาการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล โดยใช้การสื่อสารแบบ SBAR ร่วมกับแนวคิด FOCUS-PDCA ในหอผู้ป่วยจักษุ โรงพยาบาลลำปาง พบว่า พยาบาลปฏิบัติรับส่งเวรได้ถูกต้องครบถ้วนมากกว่า ร้อยละ 90 มีแบบฟอร์มบันทึกและคู่มือที่มีรายละเอียดการรายงานเป็นแนวทางเดียวกัน ไม่เกิดอุบัติการณ์ข้อผิดพลาด และทีมมีความพึงพอใจ

เดชชัย โพธิ์กลิ่น (2559) ศึกษาการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล โดยใช้การสื่อสารแบบ SBAR ที่แผนกผู้ป่วยหนักของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร พบว่า ผลการศึกษาประสิทธิภาพของการจัดการการส่งเวรด้วย SBAR สูงกว่าการส่งเวรที่เป็นอยู่

โดยสรุปจากการศึกษา การพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล โดยใช้ SBAR และนำกระบวนการปรับปรุงต่อเนื่องมาใช้ ทั้งในและต่างประเทศ พบว่าในด้านบุคลากร เพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสาร เกิดความพึงพอใจในการมีแนวทางการปฏิบัติ ลดอุบัติเหตุต่างๆ ด้านประสิทธิผลได้แก่ลดระยะเวลาการรับส่งเวร ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องและปลอดภัย

สถานการณ์การรับส่งเวรทางการพยาบาล ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก

โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ได้รับการพัฒนาให้เป็นศูนย์ศัลยกรรมโรคหัวใจในปี 2548 และจัดดำเนินการงานผ่าตัดหัวใจครั้งแรกในปี 2548 โดยได้ร่วมมือกับสถาบันทรวงอก กรุงเทพมหานคร มีการขยายหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอกแยกออกจากห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมในปี 2553 งานผ่าตัดหัวใจ ดำเนินการในด้านการผ่าตัดหัวใจ ทั้งแบบเปิดและแบบปิด ให้บริการผ่าตัดผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคหัวใจที่ไม่สามารถรักษาด้วยยาหรือด้วยการสวนหัวใจเพื่อใส่บอลลูน จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ตั้งแต่โรคหัวใจแต่กำเนิด ผ่นกั้นหัวใจบนหรือล่างรั่ว การผ่าตัดซ่อมและหรือเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ทั้งแบบโลหะและจากสิ่งมีชีวิต ทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ การผ่าตัดซ่อมแซมภาวะเส้นเลือดแดงใหญ่โป่งพอง หรือแตกทะลุ เนื้องอกหัวใจ และโรคที่เกิดอุบัติเหตุเกี่ยวกับหัวใจ โดยมีสถิติการผ่าตัดหัวใจตั้งแต่ปีงบประมาณ 2555, 2556, 2557 และ 2558 เป็นจำนวน 205, 232, 398 และ 389 ตามลำดับ

หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก มีเป้าหมายดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤตทางศัลยกรรมหัวใจ หลอดเลือด และทรวงอก ให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ภายใน 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ทุกเพศ ทุกวัย (หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก, 2559) ลักษณะหอผู้ป่วยเป็นหอผู้ป่วยหนัก มีเตียงผู้ป่วยจำนวน 8 เตียง สถิติผู้ป่วยที่มารับบริการต่อวัน เฉลี่ย 5-8 ราย บุคลากรทางการพยาบาลในหอผู้ป่วย ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ Incharge 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 18 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 6 คน การทำงานมี 3 เวิร์ด เวิร์ดละ 8 ชั่วโมง แบ่งเป็น เวิร์ดเช้า (8.00-16.00 น.) เวิร์ดบ่าย (16.00-24.00 น.) เวิร์ดคิก (24.00-8.00 น.) เวิร์ดเช้าประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพจำนวน 6 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 6 คน (รวมเสมียน ward) เวิร์ดบ่าย พยาบาลวิชาชีพ 5 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 2 คน และเวิร์ดคิก พยาบาลวิชาชีพ 5 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน มีการมอบหมายงานโดยมี Incharge เวิร์ดเช้า 1 คน และมอบหมายงานการดูแลเป็นแบบพยาบาลเจ้าของไข้ โดยอัตรากำลังพยาบาล 1 คนต่อการดูแลผู้ป่วยจำนวน 1-2 ราย มีนโยบายจากกลุ่มภารกิจพยาบาลให้นำการสื่อสารแบบ SBAR มาใช้ในการรับส่งเวร แต่เนื่องจากไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ในแต่ละหอผู้ป่วย ผู้ศึกษาจึงได้ทำการศึกษาการรับส่งเวร เป็นเวลา 15 วัน รวม 36 ครั้ง เฉลี่ยเท่ากันทุกเวร ระหว่างวันที่ 3-31 เดือน

ตุลาคม 2559 ในการสังเกตความเป็นไปได้ของการนำมาสร้างรูปแบบในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก ซึ่งจากการสังเกตการณ์รับส่งเวรทางการพยาบาลในแต่ละช่วงเวลา ได้แก่ เวรเช้า เวรบ่าย เวรดึก พบว่ามีการส่งเวรแยกเป็น 2 ส่วน คือส่งเวรงานกลาง และ ส่งเวรท้ายเตียง โดยทั้ง 2 ส่วนมีลักษณะการรับส่งเวรเป็นการส่งเวรทางวาจา การส่งเวรงานกลาง ผู้ส่งเวรคือ Incharge ข้อมูลที่ส่ง ประกอบด้วยการมอบหมายงาน ยอดผู้ป่วยประจำวัน ประเภทผู้ป่วย การจองเตียง การ OK ของอุปกรณ์การแพทย์สำคัญและเครื่องมือแพทย์ ติดตามเอกสาร รวมถึงเหตุการณ์และประเด็นสำคัญ อุปกรณ์ในการรับส่งเวรคือ ฟิล์มเอกซเรย์ สมุดบริหาร แพ้มผู้ป่วย และตารางมอบหมายงาน ผู้รับเวรเป็นพยาบาลวิชาชีพเวรถัดไป หลังการส่งเวรงานกลาง มีการ Nursing Round ร่วมกับ ทีมการพยาบาล ในส่วนของส่งเวรท้ายเตียง ลักษณะเป็นรับส่งเวรด้วยวาจา โดยผู้ส่งเวรใช้โฟลชาร์ต (flow chart) เป็นข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วยชื่อสกุลผู้ป่วย วินิจฉัยโรค การรักษาด้วยยาและการผ่าตัด ประวัติเจ็บป่วยในอดีต ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน การแพ้ยาและอาหาร เหตุที่เข้ารับการรักษ การรักษาที่ได้รับและแผนการดูแลรักษาต่อเนื่อง ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลตรวจต่างๆ บันทึกสัญญาณชีพ ปริมาณสารน้ำเข้า-ออก รวมถึงการเฝ้าระวังความเสี่ยงต่างๆ ร่วมกับการใช้คาร์เด็กซ์ (Kardex) เป็นการบันทึกคำสั่งการรักษา ในเรื่องการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การส่งฟิล์มเอกซเรย์ การให้สารน้ำ สารอาหาร และเลือด ตลอดจนยากลุ่มเสี่ยงสูง (High Alert Drug) ได้แก่ KCL Insulin อิเล็กโตรไลต์ต่างๆ รวมถึงยาช่วยชีวิตต่างๆ ควบคู่กับการใช้แฟ้มผู้ป่วย ส่งประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย การรักษาที่ได้รับ ผลการดูแลรักษาในเวร จนถึงประเด็นการดูแลต่อเนื่องที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโตรไลต์ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะหายใจล้มเหลว เป็นต้น ผู้รับเวรใช้สมุดรับเวรประจำเตียง มีการสอบถาม หรือแลกเปลี่ยนความเห็นมีการรับส่งเวรท้ายเตียงในช่วงท้ายของการรับส่งเวร ใช้เวลาในการรับส่งเวรเฉลี่ย 25-30 นาทีต่อการส่งเวร 1 ครั้ง หลังส่งเวร เปิดโอกาสให้ผู้รับเวรสอบถาม หรือแลกเปลี่ยนความเห็น

สงวนลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม หัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โดยการใช้รูปแบบการรับส่งเวรแบบ SBAR ร่วมกับกระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โฟกัส ฟิციซีเอ ซึ่งการใช้รูปแบบ SBAR ประกอบด้วย 1) ข้อมูลสถานการณ์ 2) ภูมิหลังของผู้ป่วย 3) การประเมินผู้ป่วย 4) การให้ข้อเสนอแนะ ร่วมกับการใช้แนวคิดกระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โฟกัส ฟิციซีเอ มีดังนี้ 1) ค้นหากระบวนการปรับปรุงคุณภาพ 2) สร้างทีมงานที่รู้กระบวนการ 3) ทำความเข้าใจกระบวนการ 4) ทำความเข้าใจสาเหตุของความแปรปรวนในกระบวนการ 5) เลือกกระบวนการที่ต้องการปรับปรุง 6) วางแผนการปรับปรุง 7) นำแผนสู่การปฏิบัติ 8) ตรวจสอบการปฏิบัติ และ 9) ยืนยันการดำเนินการและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (Deming, 1993, as cited in McLaughlin & Kaluzny, 1999)



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved