

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

# การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย ห้องตรวจอายุรกรรมงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์

วิสารักร มดทอง พย.บ.

พรรณนิภา รักษานิษฐ์ พย.บ.

อุรชา อัมไพศ พย.ม.

งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์

## บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยของห้องตรวจอายุรกรรมและเปรียบเทียบ  
อุบัติการณ์ผู้รับบริการอาการทรุดลงขณะรอตรวจจนต้องนอนโรงพยาบาลหรือเสียชีวิต ระยะเวลาารับบริการของ  
ผู้รับบริการทั่วไปและผู้รับบริการเร่งด่วน ก่อนและหลังการพัฒนาในผู้ป่วยที่มาใช้บริการตั้งแต่ปี 2553-2555  
โดยศึกษาในผู้ป่วยทุกรายที่มาใช้บริการห้องตรวจอายุรกรรม ศึกษาเปรียบเทียบกันในแต่ละปี โดยใช้สถิติ ร้อยละ  
ค่าเฉลี่ย การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยของห้องตรวจอายุรกรรมได้มีการดำเนินการทั้งด้านระบบงาน คนและ  
การจัดทำเอกสารสื่อสาร เพื่อการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย ผลการศึกษาพบว่า หลังจากที่ได้จัดระบบการดูแลผู้ป่วย  
ให้ปลอดภัย ผู้รับบริการที่มีอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจจนต้องนอนโรงพยาบาลลดลง โดยช่วงก่อนการพัฒนา (ปี  
2553) มีจำนวน 11 คนต่อปี หลังการพัฒนาลดลงเป็น 2 และ 0 คนต่อปี ในปี 2554 และ 2555 ตามลำดับ  
ก่อนการพัฒนามีผู้รับบริการอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจจนเสียชีวิต 1 คน หลังการพัฒนาไม่มีผู้รับบริการเสียชีวิต  
ระยะเวลาารับบริการของผู้รับบริการทั่วไปลดลงจาก 3 ชั่วโมง 10 นาที เป็น 2 ชั่วโมง 47 นาทีและ 1 ชั่วโมง 39  
นาทีตามลำดับ และระยะเวลาารับบริการของผู้รับบริการเร่งด่วนลดลงจาก 37 นาที ในปี 2554 เป็น 25 นาที ในปี  
2555

**คำสำคัญ:** การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วย, ความปลอดภัยของผู้ป่วย, วงจรการพัฒนาคุณภาพ, บุรีรัมย์

## บทนำ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และ  
สิ่งแวดล้อมอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน ส่งผลกระทบต่อ  
สภาวะอนามัยของประชาชนและการจัดระบบบริการ  
ด้านสุขภาพ สถานบริการด้านสุขภาพถูกผลักดันให้  
เข้าสู่การแข่งขันด้านคุณภาพ เน้นการบริการที่มีคุณภาพ  
ได้มาตรฐาน ปราศจากข้อผิดพลาด สามารถตรวจสอบได้  
และคุ้มค่า คุ้มทุน กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้

การดำเนินงานของโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล  
มีการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง (continuous  
quality improvement) เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มี  
คุณภาพเป็นไปตามมาตรฐาน โรงพยาบาลของรัฐทุกแห่ง  
ทั่วประเทศไทยจึงกำลังอยู่ในระยะพัฒนาคุณภาพบริการ  
เพื่อเข้าสู่การประกันคุณภาพและผ่านการรับรองคุณภาพ  
โรงพยาบาล<sup>(1)</sup>

โรงพยาบาลบุรีรัมย์เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขนาด

590 เตียง ได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของสังคมและนโยบายกระทรวงสาธารณสุข โดยเน้นพัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพได้มาตรฐานทุกหน่วยงาน โรงพยาบาลบุรีรัมย์ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (hospital accreditation) ในปี 2549 และกำลังเข้าสู่การประเมินเพื่อรับรองคุณภาพโรงพยาบาลครั้งที่ 2 (hospital re-accreditation) ในปี 2554 กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลบุรีรัมย์เป็นหน่วยงานหนึ่งที่มองเห็นความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล มุ่งเน้นการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานแนวทางปฏิบัติของวิชาชีพ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีคุณภาพตอบสนองนโยบายของโรงพยาบาล

งานบริการผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลบุรีรัมย์ เป็นหน่วยงานที่ให้บริการตรวจรักษา ป้องกันส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพแบบไม่พักค้างในโรงพยาบาล มีผู้ใช้บริการเป็นจำนวนมาก กล่าวคือในปีงบประมาณ 2551 - 2553 มีผู้ใช้บริการทั้งสิ้น 255,377, 250,841 และ 234,960 คนตามลำดับ จำนวนผู้ใช้บริการเฉลี่ยวันละประมาณ 1,000 ราย<sup>(2)</sup> อัตรากำลังปัจจุบันประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ 1 คน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 24 คน พยาบาลเทคนิค-ชำนาญงาน 6 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 24 คน เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข 2 คน ลักษณะเฉพาะของงานบริการผู้ป่วยนอกคือ ผู้มาใช้บริการมีความหลากหลายและมีจำนวนมากภายในช่วงเวลาจำกัด การจัดการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยนอกต้องอาศัยระบบการจัดการที่มีประสิทธิภาพจึงจะสามารถให้บริการพยาบาลเป็นไปอย่างมีคุณภาพได้ เป้าหมายของหน่วยงาน คือ บริการถูกต้อง ปลอดภัย ได้รับความรู้และพึงพอใจ และความปลอดภัยเป็นหัวใจที่สำคัญของงานบริการ ผู้รับบริการสามารถกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างถูกต้อง ไม่ป่วยเป็นโรคเดิมซ้ำหรือมารับบริการบ่อยๆ หรือรู้จักการดูแลและป้องกันตนเองไม่ให้เกิดโรคอื่น ๆ ขึ้นได้ เป็นการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการและสร้างภาพลักษณ์ที่ดีงามของบริการพยาบาลด้วย

งานบริการห้องตรวจอายุรกรรม โรงพยาบาลบุรีรัมย์ เป็นห้องตรวจที่มีผู้มารับบริการมากเป็นอันดับ 1 ของงานบริการผู้ป่วยนอกและมีผู้มารับบริการวันละประมาณ 350 คน ผู้ป่วยเร่งด่วนวันละประมาณ 15 คน ซึ่งให้บริการตรวจรักษาโรคอายุรกรรมทั่วไปและคลินิก-พิเศษเฉพาะโรควันละ 5-7 ห้องตรวจ เจ้าหน้าที่ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 3 คน พยาบาลวิชาชีพ 2 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 6 คน โดยแยกจากเจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยนอก และแยกจุดบริการเป็น 3 จุดบริการ จุดบริการ 1 ซึ่งนำหนักและวัดสัญญาณชีพ จุดบริการ 2 คัดกรอง จุดบริการ 3 บริการขณะพบแพทย์และบริการหลังพบแพทย์ ซึ่งการคัดกรองมีการประเมินสภาพอาการเบื้องต้น โดยการซักประวัติอาการสำคัญ อาการแสดง การวัดสัญญาณชีพ การจัดลำดับความรุนแรงและความเร่งด่วนของการเข้ารับการรักษาพยาบาล การให้การช่วยเหลือ รักษาพยาบาลเบื้องต้นที่เหมาะสม การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอาการทรุดลงขณะรอตรวจรักษา รวมถึงการรวบรวมผลการตรวจต่างๆ ก่อนพบแพทย์ และใส่คิวเข้าตรวจโดยแบ่งเป็นคิวทั่วไป (อาการไม่เร่งด่วน) กับคิวพิเศษ (ข้าราชการ ประกันสังคม พระภิกษุ และผู้ป่วยรถนั่งหรือนอน) ผู้ช่วยเหลือคนไข้จัดลำดับคิวเข้าตรวจดังนี้ คิวพิเศษ:คิวทั่วไป ในอัตรา 4:2 เนื่องจากปริมาณผู้รับบริการมาก พยาบาลคัดกรองมี 3 คน ทำให้ต้องเร่งรีบในการคัดกรอง อีกทั้งมีขั้นตอนการเตรียมก่อนพบแพทย์หลากหลาย ทำให้พยาบาลไม่เพียงพอ จึงมีการจัดพยาบาลจากห้องตรวจอื่นหมุนเวียนสลับกันมาช่วยงานห้องตรวจอายุรกรรมทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับการคัดกรองบ่อยๆ บางครั้งมีการประเมินผู้ป่วยผิดพลาดไม่ครบถ้วน จากปี 2551-2553 พบว่ามีผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจจนต้องนอนโรงพยาบาลจำนวน 5, 8 และ 11 คน ซึ่งได้แก่ผู้ป่วยเป็นลม ชัก หอบมากขึ้น มีอาการช็อก (Shock) และมีผู้ป่วยเสียชีวิตปี 2553 จำนวน 1 คน<sup>(2)</sup> เป็นผู้ป่วยที่มาด้วยอาการเจ็บหน้าอก อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้รับบริการไม่พึงพอใจหน่วยงานและโรงพยาบาลอาจถูกฟ้องร้อง เสียชื่อเสียง

และทรัพย์สินได้ ดังนั้น ห้องตรวจอายุรกรรมจึงได้มีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านระบบงาน คนและการใช้เอกสารสื่อสาร เพื่อการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย โดยพัฒนาตามปัญหาที่พบ เริ่มดำเนินกิจกรรมตั้งแต่ปี 2554 จนถึงปัจจุบัน

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยของห้องตรวจอายุรกรรม และเปรียบเทียบอุบัติการณ์ผู้รับบริการอาการทรุดลงขณะรอตรวจจนต้องนอนโรงพยาบาลหรือ เสียชีวิตก่อนและหลังการพัฒนา รวมทั้งเปรียบเทียบระยะเวลารอรับบริการของผู้รับบริการทั่วไปและผู้รับบริการเร่งด่วน ก่อนและหลังการพัฒนา

### วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการศึกษาในผู้ป่วยทุกราย ที่มารับบริการห้องตรวจอายุรกรรมปี 2553 จำนวน 60,735 คน ปี 2554 จำนวน 69,945 คนและปี 2555 จำนวน 78,254 คน โดยศึกษาจากเวชระเบียน การศึกษานี้ ผ่านการพิจารณาและได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลบุรีรัมย์

#### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1) แบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง (occurrence report) ของโรงพยาบาลบุรีรัมย์ซึ่งประกอบด้วย รายการความเสี่ยงต่างๆ รายละเอียดเหตุการณ์ ความเห็นของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง และการจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้น

2) แบบเก็บระยะเวลารอคอยของผู้รับบริการโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ใช้สำรวจในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรอง ประกอบด้วย เวลาที่รับบัตรบันทึกผู้ใช้บริการ เวลาเริ่มปฏิบัติการคัดกรอง จนกระทั่งพบแพทย์และบริการหลังพบแพทย์แล้วเสร็จ โดยสุ่มเก็บทุกเดือนและนำมาหาค่าเฉลี่ย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยทีมผู้วิจัย

ศึกษาเปรียบเทียบตัวชี้วัดในแต่ละปี วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และดำเนินการพัฒนาเป็น

4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนวางแผน ขั้นตอนดำเนินการ ขั้นตอนตรวจสอบ ศึกษาผลและขั้นตอนดำเนินการรักษาคุณภาพ (Plan-Do-Check-Action หรือ PDCA cycle) โดยมีรายละเอียดดังนี้

#### 1. ขั้นวางแผน (P=Plan)

1.1 ศึกษาปัญหาอุบัติการณ์ผู้รับบริการอาการทรุดลงขณะรอตรวจจนต้องนอนโรงพยาบาลหรือเสียชีวิต โดยการประชุมปรึกษาพบว่าสาเหตุจากไม่มีแนวทางการคัดกรองที่ชัดเจน และแบ่งประเภทผู้ป่วยไม่ถูกต้อง

1.2 ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองผู้รับบริการงานผู้ป่วยนอก

1.3 เสนอแนวคิดการพัฒนากิจกรรมคัดกรองแก่หัวหน้างานผู้ป่วยนอก

1.4 ร่างแนวทางปฏิบัติการคัดกรองใหม่ โดยปรับปรุงจากแนวทางการคัดกรองเดิมและปรับเปลี่ยนตามมาตรฐานการพยาบาลในระยะก่อนตรวจงานบริการผู้ป่วยนอกของสำนักการพยาบาล<sup>(3)</sup> ประกอบด้วยแนวทางปฏิบัติด้านการประเมินอาการผู้ใช้บริการ การจำแนกประเภทผู้ใช้บริการและการพยาบาลเบื้องต้น การเตรียมความพร้อมก่อนพบแพทย์ การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง การบันทึกทางการแพทย์ การให้ข้อมูล และการสื่อสาร<sup>(1)</sup>

1.5 ศึกษาปัญหาอุบัติการณ์ผู้รับบริการอาการทรุดลงขณะรอตรวจจนต้องนอนโรงพยาบาล โดยการประชุมปรึกษาพบว่า สาเหตุจากกรณีหนัก/นอนมีจำนวนมาก ทำให้ไม่ทราบว่าผู้ป่วยรายใด ได้รับการประเมินอาการแล้วหรือผู้ป่วยรายใดเป็นผู้ป่วยเร่งด่วนและพยาบาลไม่ได้ประเมินอาการทันทีที่ผู้ป่วยมาถึงและผู้ช่วยเหลือคนไข้วัดสัญญาณชีพไม่ถูกต้องและไม่ได้รายงานพยาบาลกรณีพบความผิดปกติ

1.6 จากการติดตามนิเทศและประชุมปรึกษาพบปัญหาว่าไม่มีจุดเฝ้าระวังอาการผู้ป่วย และไม่มีตรวจสอบรถฉุกเฉินเป็นประจำทุกวัน

1.7 จากการติดตามนิเทศและประชุมปรึกษาพบปัญหาว่าคัดกรองไม่ทันในช่วงเร่งด่วน และมีผู้รับบริการมาก

## 2. ขั้นตอนดำเนินการ (D = Do)

2.1 พัฒนาระบบโดยดำเนินการประชุมเชิงปฏิบัติการ ใช้เวลา 1 วันในวันหยุดราชการ เพื่อให้พยาบาลคัดกรองได้มีส่วนร่วมในขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

1) วิทยากรบรรยายให้ความรู้เรื่องการคัดกรอง

2) ศึกษาผลการสำรวจสภาพการคัดกรอง ข้อมูลตัวชี้วัดคุณภาพการคัดกรองและอุบัติการณ์การคัดกรองผิดพลาด ค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาการคัดกรอง

3) กำหนดแนวทาง วิธีการ ในการแก้ไขปัญหาการคัดกรอง

4) ดำเนินการแก้ไข โดยการทบทวน วางแผนปรับปรุงแนวทางปฏิบัติการคัดกรอง ร่างแนวทางปฏิบัติการคัดกรองใหม่

2.2. นำแนวทางปฏิบัติการคัดกรองห้องตรวจอายุรกรรมใหม่มาทดลองใช้เป็นเวลา 1 เดือน

2.3 พัฒนาคอนโดย on the job training เรื่องการคัดกรอง และการแบ่งประเภทผู้ป่วยตามแนวทางปฏิบัติการคัดกรองใหม่

2.4 พัฒนาการสื่อสารโดยจัดทำป้ายสัญลักษณ์ “ประเมินอาการแล้วรอตรวจ” “ผู้ป่วยเร่งด่วน” “ผู้ป่วยรอ Admit” “ผู้ป่วยรอส่งเอกซเรย์” “รอส่ง Lab” “รอส่ง ER” สำหรับแขวน รถนั่ง รถนอน และป้ายเร่งด่วนในบัตรบันทึกผู้รับบริการไว้สื่อสารในทีม

2.5 พัฒนางานโดยมีระบบ fast tact ในผู้ป่วย ACS และ stroke และผู้ป่วยรถนั่ง/นอน มารับบริการพยาบาลประเมินอาการทันที

2.6 พัฒนาคอนโดย On the job training เรื่องการวัดสัญญาณชีพให้กับผู้ช่วยเหลือคนไข้ จิตอาสา และเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานให้กับบุคลากรในหน่วยงาน และส่งพยาบาลวิชาชีพเข้าอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงของกลุ่มการพยาบาลครบทุกคน

2.7 พัฒนาคอนโดย On the job training เรื่องการคัดกรองและการแบ่งประเภทผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

2.8 พัฒนาสถานที่โดยจัดจุดให้บริการจัดจุดเฝ้า-

ระวังผู้ป่วยที่ต้องสังเกตอาการ และพยาบาลจุดคัดกรองต้องส่งต่ออาการให้กับพยาบาลหน้าห้องตรวจทราบและใช้ใบสื่อสารประกอบ

2.9 จัดผู้รับผิดชอบตรวจสอบรถ Emergency และมี Buddy ทุกวัน

2.10 เพิ่มอัตรากำลังจุดคัดกรองช่วงเร่งด่วน และมีพยาบาล 1 คนเดิน Observe และบริหารจัดการทุกจุดบริการ

## 3. ขั้นตอนตรวจสอบและศึกษาผล (C = Check)

ประเมินผลการปฏิบัติการคัดกรองหลังการทดลองใช้แนวทางปฏิบัติการคัดกรองใหม่ การแบ่งประเภทผู้ป่วย จากความครบถ้วนถูกต้อง โดยใช้แบบสอบถามการปฏิบัติ แบบสังเกตการปฏิบัติการคัดกรอง<sup>(1)</sup> ติดตามนิเทศเป็นรายบุคคล นิเทศการตรวจสอบรถฉุกเฉินทุกเดือน และติดตามนิเทศอย่างต่อเนื่อง

## 4. ขั้นตอนดำเนินการรักษาและคงไว้ซึ่งคุณภาพ (A = Action)

จัดทำแนวทางการคัดกรองผู้รับบริการห้องตรวจอายุรกรรมงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์ โดยกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติงานปฏิบัติตามแนวทางและมีการ On the job training รวมถึงติดตามนิเทศเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง มีการประชุมปรึกษาแนวทางการคัดกรองทุกปี และประชุมปรึกษาเรื่องระบบงานดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทุกครั้งที่พบปัญหาหรือทุก 2-4 ครั้งต่อเดือน รวมถึงมีการสร้างขวัญและกำลังใจให้กับผู้ปฏิบัติงาน เช่น จัดงานเลี้ยงประจำปีของห้องตรวจ เลี้ยงส่ง รับเจ้าหน้าที่ใหม่หรือเจ้าหน้าที่ย้าย กรณีผู้ปฏิบัติงานดีชื่นชม ให้กำลังใจและมอบรางวัลให้ เมื่อประชุมจะสอดแทรกการมีพฤติกรรมบริการที่ดีการมี service mind ให้กับเจ้าหน้าที่ห้องตรวจอายุรกรรมและมีการติดตามนิเทศการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นส่วนประกอบที่ทำให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน

## ผลการศึกษา

จากการดำเนินการตาม PDCA cycle ทำให้โรงพยาบาลบุรีรัมย์มีระบบการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยโดยเริ่มตั้งแต่การคัดกรอง ประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย การเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยทรุดลงขณะรอตรวจ (มีคู่มือการคัดกรองผู้ป่วยอายุรกรรม) การดูแลช่วยเหลือเมื่อมีการเร่งด่วนฉุกเฉิน การจัดจุดบริการเฝ้าระวังอาการ การจัดทำป้ายสัญลักษณ์ต่างๆ เพื่อสื่อสารการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในทีม ผลการดำเนินงานได้ช่วยให้การดูแลรักษาผู้ป่วยอายุรกรรมมีประสิทธิภาพดีขึ้น โดยพบว่า

- 1) ผู้รับบริการที่มีอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจจนต้องนอนโรงพยาบาล ก่อนการพัฒนามีจำนวน 11 คน หลังการพัฒนาตกลงเป็น 2 และ 0 คนตามลำดับ
- 2) ก่อนการพัฒนามีผู้รับบริการอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจจนเสียชีวิต 1 คน หลังการพัฒนา ไม่มีผู้รับบริการเสียชีวิต
- 3) ระยะเวลารอรับบริการของผู้รับบริการทั่วไป ลดลงจาก 3 ชั่วโมง 10 นาที เป็น 2 ชั่วโมง 47 นาทีและ 1 ชั่วโมง 39 นาที ตามลำดับ
- 4) ระยะเวลารอรับบริการของผู้รับบริการเร่งด่วน ลดลงจาก 37 นาทีเป็น 25 นาที

ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

## วิจารณ์

การดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยห้องตรวจอายุรกรรม โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ตาม 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การดำเนินการ การตรวจสอบศึกษาผล และการดำเนินการรักษาคุณภาพบริการ (หรือ PDCA cycle) ทำให้โรงพยาบาลมีระบบการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยโดยเริ่มตั้งแต่การคัดกรอง ประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย การเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยทรุดลงขณะรอตรวจ การดูแลช่วยเหลือเมื่อมีการเร่งด่วนฉุกเฉิน การจัดจุดบริการเฝ้าระวังอาการ การจัดทำป้ายสัญลักษณ์ต่างๆ เพื่อสื่อสารการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในทีม ผลการดำเนินงานได้ช่วยให้การดูแลรักษาผู้ป่วยอายุรกรรมมีประสิทธิภาพดีขึ้น โดยพบว่าสามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยมากขึ้น ซึ่งเห็นได้จากผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจจนต้องนอนโรงพยาบาลมีจำนวนลดลง ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต และระยะเวลารอรับบริการลดลง

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยห้องตรวจอายุรกรรมได้ใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการในการจัดทำแนวทางการคัดกรองห้องตรวจอายุรกรรม และมีการ on the job training เรื่องการคัดกรองและการแบ่งประเภทผู้ป่วย การวัดสัญญาณชีพ การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน สอดคล้องกับการศึกษาของทองทิพภา วิริยะพันธ์<sup>(4)</sup> ที่กล่าวว่า การประชุมเชิง-

ตารางที่ 1 ประเมินผลการดูแลผู้ป่วยตามเป้าหมายตัวชี้วัด เปรียบเทียบระหว่างช่วงก่อนการพัฒนาระบบ (ปี 2553) กับช่วงการพัฒนา (ปี 2554 - 2555)

ตัวชี้วัด/ปฏิบัติการ	เป้าหมาย (ราย)	ก่อนพัฒนา (ปี 2553)	หลังพัฒนา	
			ปี 2554	ปี 2555
1. ผู้รับบริการอาการทรุดลงขณะรอตรวจจนถึงแก่ชีวิต	0	1	0	0
2. ผู้รับบริการอาการทรุดลงขณะรอตรวจจนต้องนอนโรงพยาบาล	0	11	2	0
3. ระยะเวลารอคอยในผู้ป่วยทั่วไป	ลดลง	3 ชม. 10 นาที	2 ชม. 47 นาที	1 ชม. 39 นาที
4. ระยะเวลารอคอยในผู้ป่วยเร่งด่วน	ลดลง	-	37 นาที	25 นาที

ปฏิบัติการเป็นการประชุมที่มุ่งหาประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานอย่างใดอย่างหนึ่งโดยเฉพาะโดยทำให้มีแบบแผน คือ มีการกำหนดเรื่องชัดเจน มีการฝึกปฏิบัติในหัวข้อเรื่องจัดประชุม และที่สมคิด บางโม<sup>(5)</sup> กล่าวว่า การอบรมเชิงปฏิบัติการเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถในการทำงานเฉพาะ-อย่าง ซึ่งส่งผลให้เกิดความเจริญก้าวหน้าและทำให้องค์การบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการที่ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกลุ่ม ทำให้พยาบาลคัดกรองรู้สึกเป็นเจ้าของงาน มีความผูกพันและร่วมกันปรับปรุงเปลี่ยนแปลงให้การบริการคัดกรองมีคุณภาพถูกต้องครบถ้วน และจากผลการพัฒนาระบบบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกมลลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ของสุมนา คาวิวงศ์<sup>(6)</sup> และการพัฒนาระบบบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจังหวัดร้อยเอ็ด ของละดาวัลย์ ชูราศรี<sup>(7)</sup> กล่าวไว้ว่าการจัดอบรมเป็นสิ่งสำคัญส่วนหนึ่งในการช่วยพัฒนาระบบบริการ การระดมความคิดในการทำกลุ่มย่อยเป็นการร่วมใจค้นหาแนวทางเพื่อพัฒนาระบบบริการและปรับปรุงงาน โดยมีจุดมุ่งหมายแก้ไขปัญหาสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ทำให้ได้ระบบบริการที่มีประสิทธิภาพและผู้ใช้บริการพึงพอใจได้

การประชุมปรึกษาของห้องตรวจอายุรกรรมทุกครั้ง ที่พบปัญหาหรือประชุมทุก 2-4 ครั้งต่อเดือนทำให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสอดคล้องกับปารีชาติ วัลย์เสถียร<sup>(8)</sup> และอุดม กลีบบุตร<sup>(9)</sup> ที่กล่าวว่า ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมนั้นทำให้ผู้ปฏิบัติมีความยึดมั่นผูกพันในงาน เมื่อมีอิสระในการแสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการวางแผนตัดสินใจ ผู้ปฏิบัติก็จะเกิดแรงจูงใจในการทำงานมีขวัญและกำลังใจ มีความกระตือรือร้นในการทำงานสูงขึ้น ยอมรับการเปลี่ยนแปลงมากขึ้น เป็นการสร้างทีมที่มีประสิทธิภาพและนำไปสู่การแก้ปัญหาอีกทั้งมีการเสริมแรงทางบวก โดยการประชุมสอดแทรกการมีพฤติกรรมบริการที่ดี การมี service mind และมีการสร้างขวัญและกำลังใจโดยการจัดงานเลี้ยงประจำปี มีการเลี้ยงรับ-ส่งกรณีมี

เจ้าหน้าที่ใหม่หรือเจ้าหน้าที่ย้าย และมอบรางวัลให้ผู้ที่ปฏิบัติงานดี

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาเลือกใช้การพัฒนาตามวงจรปรับปรุงคุณภาพของเดมมิง (Deming cycle) หรือ PDCA cycle ซึ่งบุญใจ ศรีสถิตนรากร<sup>(10)</sup> ได้กล่าวถึงการควบคุมคุณภาพตามวงจรเดมมิง (Deming's PDCA Cycle) ว่าเป็นขั้นตอนของการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (continuous quality improvement) ซึ่งมีความเหมาะสมกับลักษณะปัญหาของระบบงานบริการ การดำเนินงานสามารถหมุนเวียนและพัฒนาต่อเนื่อง ไม่มีหยุด ถ้าพบปัญหาหรือข้อบกพร่องในการดำเนินงานก็สามารถนำมาปรับปรุงแก้ไขพัฒนาอีกวงจรได้อย่างต่อเนื่อง

#### ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้
  - เจ้าหน้าที่ที่หมุนเวียนจากห้องตรวจอื่นๆ มาช่วยห้องตรวจอายุรกรรมควรพัฒนาการฝึกประเมินผู้ป่วยและปฏิบัติการคัดกรองตามแนวทางปฏิบัติของห้องตรวจอายุรกรรม และควรได้รับการติดตามนิเทศอย่างใกล้ชิดเนื่องจากไม่ได้อยู่ประจำทำให้ขาดความชำนาญในการคัดกรองงานอายุรกรรม
  - ควรขยายผลโดยนำระบบนี้ไปใช้ในการพัฒนางานบริการห้องตรวจอื่นๆ ของงานผู้ป่วยนอก
2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยเพื่อต่อยอดเป็นการวิจัยและพัฒนา
  - ควรศึกษาความพึงพอใจ ความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยของพยาบาลแพทย์ ทีมสุขภาพ หรือผู้รับบริการและญาติ ศึกษาเป็นระยะๆ เพื่อให้เกิดความยั่งยืน

#### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ นางพรรณนิภา รักพาณิชย์ หัวหน้างานผู้ป่วยนอก นางสาวอรุษา อำไพพิศ รองหัวหน้างานผู้ป่วยนอกและเจ้าหน้าที่ห้องตรวจอายุรกรรม

ทุกท่าน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องตลอดจนกลุ่มตัวอย่าง  
ทุกท่าน ในการให้คำปรึกษา แนวคิด ให้กำลังใจ ให้การ  
สนับสนุน และให้ความร่วมมือในงานวิจัยนี้

### เอกสารอ้างอิง

1. อูรชา อำไพพิศ. การพัฒนาการคัดกรองห้องตรวจอายุร-  
กรรมงานบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์ [รายงาน  
การศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต].  
ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2554.
2. สรุปผลการดำเนินงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบุรีรัมย์  
ประจำปีงบประมาณ 2555.
3. สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.  
มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล ปรับปรุงครั้งที่ 2.  
พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก;  
2551.
4. ทองทิพภา วิริยะพันธ์. การบริหารทีมงานและการแก้ปัญหา.  
พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สหธรรมิก; 2551.
5. สมคิด บางโม. องค์การและการจัดการ. พิมพ์ครั้งที่ 3.  
กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2545.
6. สุนา คาวีวงศ์. การพัฒนาระบบบริการแผนกผู้ป่วยนอก  
โรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ [รายงานการศึกษา  
อิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น:  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2545.
7. ละดาวลัย ชูราชี่. การพัฒนาระบบบริการแผนกผู้ป่วยนอก  
โรงพยาบาลจันทน์ จังหวัดร้อยเอ็ด [รายงานการศึกษาอิสระ  
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น:  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547.
8. ปาริชาติ วลัยเสถียรและคณะ. กระบวนการและเทคนิค  
การทำงานของนักพัฒนา. กรุงเทพมหานคร: อุกาการพิมพ์;  
2546.
9. อุดม กลีบบุตร. โครงการพัฒนาการมีส่วนร่วมของบุคลากร  
กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสีชมพูในการดำเนินกิจกรรม  
5 ส [รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตร  
มหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2545.
10. บุญใจ ศรีสถิตนรากร. ภาวะผู้นำและการจัดการองค์การ  
พยาบาลในศตวรรษที่ 21. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่ง  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.

**Abstract: Development of Care System for Patient Safety in Outpatient Department of Medical Service at Buriram Hospital**

Wisagorn Modthong, B.N.S.; Phannipha Rakphanit, B.N.S.; Uracha Ampaipit, M.N.S.

Out-patient Department, Buriram Hospital

Journal of Health Science 2014;23:1044-50.

The objective of this study was to develop a system for patient safety in outpatient department of Buriram Hospital, Buriram province. The components of the system included patient screening, sign and symptom assessment, observation of deterioration during waiting, emergency support, establishing patient observation units, creating signs for improving communication among team members, etc. The Plan-Do-Check-Action cycle was applied throughout the process. The patient safety from medical services was assessed by comparing the outcomes before the initiation of the system (year 2010) and those observed during the system implementation (2011 – 2012). Such outcome indicators included the number of patients with relapse symptom while waiting for treatment till hospitalized or died, the waiting time before receiving treatment. It was found that the number of patients with deterioration dropped from 11 cases in the 2010 to 2 and 0 cases in 2011–2012, respectively; the waiting time for general patients was reduced from 3.10 hrs to 2.47 hrs and 1.39 hrs; and the waiting time for emergency patients reduced from 37 minutes in 2011 to 25 minutes in 2012.

**Key words:** patient care system development, patient safety, Plan-Do-Check-Act cycle, Buriram