

2000-05-01

การวิจัยเชิงผลลัพธ์เพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (Outcome research
for hospital quality development)

ยุพิน อังสุโรจน์

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/cuns>



Part of the [Nursing Commons](#)

Recommended Citation

อังสุโรจน์, ยุพิน (2000) "การวิจัยเชิงผลลัพธ์เพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (Outcome research for hospital quality development)," *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University (วารสารพยาบาลศาสตร์)*: Vol. 12: Iss. 2, Article 2.

DOI: 10.58837/CHULA.CUNS.12.2.2

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/cuns/vol12/iss2/2>

This Original article is brought to you for free and open access by Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Journal of Nursing Science Chulalongkorn University (วารสารพยาบาลศาสตร์) by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.



บทความวิชาการ

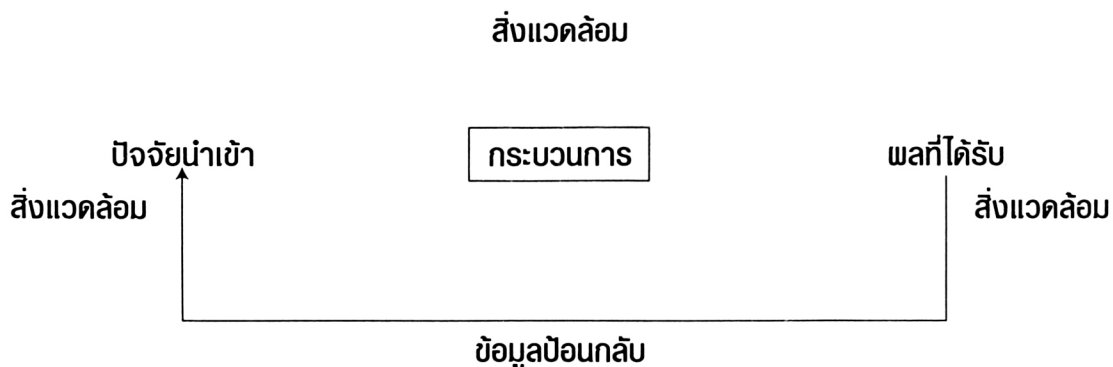
การวิจัยเชิงผลลัพธ์เพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล *Outcome research for hospital quality development*

ร.ต.อ.หญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์*

ในการพิจารณารูปแบบงานวิจัยเกี่ยวกับผลลัพธ์ทางการรักษาพยาบาลหรือผลลัพธ์ของการบริการทางสุขภาพในอนาคตที่ทุกองค์กรที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพมุ่งเน้นเรื่องการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) สิ่งที่จะต้องพิจารณาถึงคือความสำคัญและความเกี่ยวข้องซึ่งกันและกันของปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลที่เกิดขึ้น ในแง่มุมต่างๆ ของทั้งผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และองค์กร ซึ่งต้องเป็นไปตามความจำกัดของทรัพยากรที่มีอยู่ และต้องสอดคล้องกับสถานการณ์ทางสังคมและเทคโนโลยีที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

ทฤษฎีระบบ (System theory) ถูกนำมาใช้นานกว่า 70 ปี โดย Bertalanffy (1968) ได้นำแนวคิดของทฤษฎีระบบจากมุมมองแห่งความเป็นจริง ทำให้ทฤษฎีระบบนี้เป็นที่ยอมรับและเป็นพื้นฐานของการสร้างทฤษฎีอีกมากมาย ในการประยุกต์ทฤษฎีระบบให้มีความสำคัญหรือเน้นที่ความเป็น “องค์รวม” (Wholeness) คือนอกจากจะสนใจสิ่งหนึ่งสิ่งใดเฉพาะเป็นส่วนๆ แล้ว ยังต้องคำนึงถึงความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งต่างๆ เหล่านั้นในลักษณะองค์รวมด้วย



ภาพที่ 1 ทฤษฎีระบบ

จากแนวคิดของทฤษฎีระบบซึ่งมีมีโนทัศน์หลัก ดังภาพที่ 1 Bertalanffy (1968) กำหนดระบบเสมือนองค์ประกอบย่อยๆ ที่มีความสัมพันธ์ระหว่างกัน และ Nunnery (1997) สนับสนุนแนวคิดและให้คำอธิบายว่า สิ่งมีชีวิตทุกสิ่งเป็นระบบเปิด ทฤษฎีระบบจึงถูกนำมาประยุกต์ใช้กับระบบของมนุษย์และ

*อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



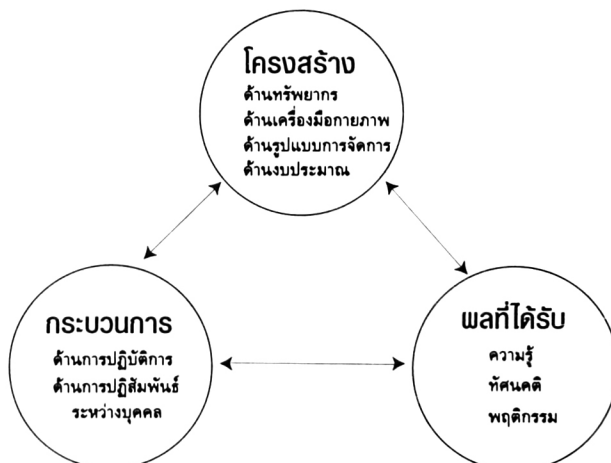
องค์กรด้วยหลักการความเป็นองค์รวม (Wholeness) มีความเป็นลำดับขั้นตอน (Hierarchical order) การแลกเปลี่ยนสาระข่าวสาร (Exchange of information and matter) การเปลี่ยนแปลงแบบก้าวหน้า (Progressive differentiation) ที่มีจุดเริ่มต้นจากความหลากหลาย โดยคำนึงถึงผลแห่งความเท่าเทียมกัน (Equifinality) ของคุณภาพ ซึ่งต้องคำนึงถึงลักษณะของมนุษย์ปุถุชนที่มีความต้องการและความคาดหวังด้วย

ในวัตถุประสงค์ของการบริการด้านสุขภาพในโรงพยาบาลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในยุคนี้ ควรมีการกำหนดผลลัพธ์ ผลที่จะได้รับ หรือผลที่คาดว่าจะได้รับการบริการไว้ให้ชัดเจน สามารถวัดได้ อธิบายได้ หรือสังเกตได้ และต้องสอดคล้องกับความต้องการหรือความคาดหวังของผู้รับบริการและความถูกต้องในด้านวิชาชีพ อาจกล่าวอีกนัยหนึ่งได้ว่า ถ้าต้องการวัดผลการปฏิบัติงาน ควรกำหนดดัชนีผลลัพธ์ไว้อย่างชัดเจน มีการวัดอย่างมีมาตรฐาน ภายในระยะเวลาที่กำหนด ตัวอย่างจากการปฏิบัติการพยาบาลเช่น ในกระบวนการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยทางการแพทย์ว่า ผู้ป่วยมีภาวะบกพร่องด้านการนอนหลับขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เป้าหมายของการดูแลคือ ผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงและกำหนดรูปแบบการนอนหลับใหม่ได้ วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมคือผู้ป่วยจะนอนหลับติดต่อกันได้ในตอนกลางคืนอย่างน้อย 6 ชั่วโมงต่อวัน และมีการหลับพักผ่อนระยะสั้นในช่วงบ่ายเป็นประจำทุกวัน ดัชนีผลลัพธ์เป็นผลลัพธ์ทางคลินิกที่วัดและตรวจสอบได้คือ ผู้ป่วยหลับได้ตลอด 6 - 8 ชั่วโมง ในตอนกลางคืน และหลับได้ช่วงสั้นๆ ในตอนบ่าย จากการสังเกตและสอบถามผู้ป่วย ผู้ป่วยยอมรับว่ารูปแบบการนอนหลับในเวลากลางคืน และการนอนหลับเป็นช่วงสั้นๆ ในตอนกลางวันนั้น ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติเป็นกิจวัตรปกติได้ ไม่เป็นปัญหาอีกต่อไป จึงกล่าวได้ว่าการดูแลนั้น บรรลุวัตถุประสงค์จากผลลัพธ์ที่วัดได้

สิ่งสำคัญของการกำหนดผลลัพธ์คือ การปฏิบัติการดูแลรักษาพยาบาลที่ผู้ให้บริการพยายามกระทำให้ส่งผลกระทบดังกล่าว ฉะนั้น การดำเนินการของผู้ให้บริการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นแก่ผู้รับบริการ จึงมีความสัมพันธ์ระหว่างกัน หากเข้าใจความเชื่อมโยงระหว่างการให้บริการทางสุขภาพและผลลัพธ์ต่อคนไข้ที่เกิดขึ้น ก็จะสามารถอธิบายได้ว่าผลลัพธ์นั้นเกิดจากการเปลี่ยนแปลงระบบหรือกระบวนการบริการทางสุขภาพ ขึ้นต่อไปก็คือ ต้องรักษาระดับหรือพัฒนาการเปลี่ยนแปลง เพื่อการปรับปรุงคุณภาพสู่ความเป็นเลิศ

องค์ประกอบในการประเมินคุณภาพการบริการทางสุขภาพ

ในการประเมินคุณภาพการบริการทางสุขภาพ Donabedian (1966) กำหนดองค์ประกอบไว้ 3 ประการ คือ โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ และผลของการประเมินต้องประเมินทั้งระบบของโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ (Donabedian, 1994) ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 การประเมินคุณภาพบริการพยาบาล



โครงสร้าง เปรียบเสมือนปัจจัยนำเข้าของการบริการสุขภาพ ตามแนวคิดของ Donabedian (1969, 1980) โครงสร้าง คือ คุณลักษณะของผู้ให้บริการ ลักษณะทางกายภาพ และการบริหารขององค์กรหรือหน่วยงาน ที่ให้บริการ มิโนทซ์ของโครงสร้างนี้ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ด้านทรัพยากรบุคคล ด้านเครื่องมือทางกายภาพ ด้านรูปแบบการจัดการ และด้านงบประมาณ องค์ประกอบทั้ง 4 ด้านนี้เป็นสิ่งจำเป็น สำหรับการให้การบริการทางสุขภาพ

กระบวนการ คือ กิจกรรมการปฏิบัติที่เกิดขึ้นภายในกลุ่มหรือระหว่างกลุ่ม ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ รวมถึงพฤติกรรมที่ควรจะเป็นด้วย กระบวนการในเรื่องคุณภาพการบริการรักษาพยาบาลก็ควรเป็น กิจกรรมที่แสดงให้เห็นถึงความรู้และระดับการปฏิบัติการของพยาบาลที่ตอบสนองต่อความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย ในปี ค.ศ. 1982 Donabedian แบ่งกระบวนการออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านการปฏิบัติการ (Technical) และด้านการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal) ในกระบวนการด้านการปฏิบัติการ ซึ่งถือว่าเป็นศาสตร์ของการดูแล เป็นการประยุกต์ศาสตร์หรือเทคโนโลยีสาขาต่างๆ มาบริหารจัดการกับปัญหาทางสุขภาพ การประเมินการปฏิบัติการณ์ขึ้นอยู่กับความรู้ การตัดสินใจ และทักษะในการใช้กลยุทธ์ที่เหมาะสมในการดูแล ในกระบวนการด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งถือว่าเป็นศิลป์ของการดูแล หมายถึง การจัดการการปฏิสัมพันธ์ทางจิต-สังคมระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการ กระบวนการนี้ต้องตอบสนองความต้องการ และสอดคล้องกับความคาดหวังของบุคคลและมาตรฐานวิชาชีพของการให้การบริการ

ผลที่ได้รับ คือ การเปลี่ยนแปลงในสภาวะสุขภาพในปัจจุบันและอนาคตของผู้ป่วย และการปรับปรุงหน้าที่ทางจิต-สังคม ที่อาจกลับเป็นปัจจัยนำเข้าของสภาวะสุขภาพ (Donabedian, 1980) อาจเป็นผลต่อทัศนคติ ด้านสุขภาพของผู้ป่วย ความรู้และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเพื่อสุขภาพในอนาคต (Donabedian, 1986) คุณภาพการบริการทางสุขภาพที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางยังมีความหมายรวมถึง ความคาดหวังและความคิดเห็นของผู้ป่วย ครอบครัว และสังคมด้วย (Widtfeldt, 1992) เช่นการศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยและ/หรือครอบครัวในบริการที่ได้รับ เป็นการประเมินผลลัพธ์ของบริการอย่างหนึ่ง

เมื่อพิจารณาการประเมินคุณภาพการบริการทางสุขภาพแล้ว จะพบความไม่ครบถ้วน เช่น ความไม่ครอบคลุมถึงคุณภาพ และ/หรือผลลัพธ์ในมุมมองของผู้ให้บริการ และหน่วยงานหรือองค์กรที่ให้บริการ สนับสนุนได้จากการขยายกรอบแนวคิดจากทฤษฎีระบบ เพื่อการศึกษาวิจัยเชิงผลลัพธ์ของการบริการทางสุขภาพ ดังภาพที่ 3

	ปัจจัยนำเข้า (Input)	กระบวนการ (Process)	ผลลัพธ์ (Outcome)
ผู้รับบริการ (Client)			
ผู้ให้บริการ (Provider)			
หน่วยงาน (Setting)			

ภาพที่ 3 การศึกษาวิจัยเชิงผลลัพธ์ทางการบริการทางสุขภาพ
(Outcomes Model for Health Care Research)



คุณภาพซึ่งเคยพิจารณาจากผู้ป่วยหรือผู้รับบริการนั้นยังไม่ครอบคลุม ควรมีการขยายขอบเขตไปยังผู้ให้บริการและหน่วยงานที่ให้บริการ ทำให้เกิดรูปแบบใหม่ของการศึกษาวิจัยเชิงผลลัพธ์การบริการทางสุขภาพ (Outcomes Model for Health Care Research) ดังภาพที่ 3 รูปแบบงานวิจัยเชิงผลลัพธ์นี้มีแนวคิดมาจากการศึกษาของ Holzemer (1994) ซึ่งศึกษาปัจจัยองค์ประกอบที่ส่งกระทบต่อผลลัพธ์ทางการบริการ และจากความจำเป็นในการประเมินผลลัพธ์ทางการบริการสุขภาพ ทำให้การกำหนดแนวคิดเพื่อการศึกษาวิจัยเชิงผลลัพธ์ทางการบริการทางสุขภาพได้รับความสนใจมาก สิ่งที่เพิ่มเติมขึ้นในแนวตั้งทำให้การประเมินผลลัพธ์มีความหลากหลายมากขึ้น และในความหลากหลายนั้นสามารถกำหนดขอบเขตให้มีความเฉพาะเจาะจงได้ เช่น ในกลุ่มของผู้รับบริการอาจพิจารณาได้ทั้งในระดับบุคคล และในระดับส่วนรวมของสังคม อาจเป็นตัวผู้ป่วย ครอบครัว โรงเรียน หรือชุมชน คำว่า ผู้ให้บริการ ขยายความจากแพทย์พยาบาล รวมถึงผู้อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น นักสังคมสงเคราะห์ กลุ่มแพทย์ฝึกหัด กลุ่มนักศึกษาพยาบาลพยาบาลจบใหม่ หรือผู้ช่วยเหลืออื่นๆ ฯลฯ ในกลุ่มหน่วยงานที่เพิ่มขึ้นจากเดิม อาจเป็นหน่วยงาน/องค์กรที่มีรูปแบบหรือไม่มีรูปแบบเป็นทางการที่ให้การบริการทางสุขภาพ เช่น โรงพยาบาล แผนกบริการสุขภาพ หรือผู้ป่วย โรงเรียน ชุมชน เป็นต้น

ดัชนีที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยเชิงผลลัพธ์

จากรูปแบบการศึกษาวิจัยเชิงผลลัพธ์การบริการทางสุขภาพนี้ ทำให้มีการศึกษาวิจัยในประเด็นต่างๆ มีความกว้างขวางและหลากหลายมากขึ้น ตัวอย่างดัชนีที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล สามารถจำแนกตามองค์ประกอบในรูปแบบของการศึกษาวิจัยเชิงผลลัพธ์ทางการบริการทางสุขภาพ (Outcomes Model for Health Care Research) ได้ดังนี้

ผู้รับบริการ/ปัจจัยนำเข้า (Client/Input) คือข้อมูลต่างๆ ของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการทางสุขภาพด้วยคุณลักษณะที่แตกต่างกัน เช่น ลักษณะทางประชากร วัฒนธรรม ค่านิยม ความเชื่อ การได้รับการสนับสนุนจากสังคม จุดเด่นของบุคคล สภาวะสุขภาพ ความเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของโรค ความต้องการของบุคคลซึ่งผันแปรตามสภาวะสุขภาพ การทำหน้าที่ของร่างกาย หรือคุณภาพชีวิต (Holzemer และ Reilly, 1995) ในประเด็นคุณลักษณะทางสังคม-ประชากร เช่น ระดับการศึกษา เชื้อชาติ รายได้ต่อประชากร อัตราความพิการ และอัตราการว่างงาน ก็เป็นความหลากหลายในปัจจัยนำเข้าจากกลุ่มผู้รับบริการนี้เช่นกัน (Wennberg, 1990; McLauphlin, Thomas, & Barter, 1995; Patrick, 1997)

ผู้รับบริการ/กระบวนการ (Client/Process) คือกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้รับบริการหรือคนไข้ หรือพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองด้านสุขภาพ (Holzemer & Reilly, 1995) Longo (1993) และ Mitchell, et al. (1998) ได้นิยามความหลากหลายของการปฏิบัติของผู้ป่วยนี้ว่า เป็นความรับผิดชอบส่วนบุคคลในการดำเนินชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การป้องกันความเจ็บป่วยและโรคภัย และผลจากการปฏิบัติของผู้ป่วยกระทบต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นทั้งในปัจจุบันและต่อเนื่องในระยะยาว (Mitchell, Ferketich, & Jennings, 1998)

ผู้รับบริการ/ผลลัพธ์ (Client/Outcome) คืออัตราการตาย การเกิดภาวะแทรกซ้อน จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล อัตราการครองเตียง และอัตราการเข้ารับการรักษซ้ำในโรงพยาบาล ความไม่สุขสบาย (Lohr, 1988; Holzemer & Reilly, 1995; Blegen, Goode, & Reed, 1998) การรับรู้ของผู้ป่วยในด้านการมีสุขภาพดี การพิการ ความพึงพอใจ และความไม่พึงพอใจในบริการที่ได้รับ (Johnson, Gardner, Kelly, Maas & McCloskey, 1991) รวมถึงสภาวะทางกายภาพ จิต-สังคม พฤติกรรม ความรู้ คุณภาพชีวิต การปฏิบัติ



หน้าที่ในบ้าน ความสัมพันธ์ในครอบครัว การกำหนดเป้าหมาย และความปลอดภัยด้วย (Lang & Marek, 1992; Petryshen, Nagle, & Shermian, 1993; Sherman, 1997; Mitchell & Shortell, 1997)

ผู้ให้บริการ/ปัจจัยนำเข้า (Provider/Input) คือ ความสามารถในการปฏิบัติ และทักษะการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน ความสามารถในการปฏิบัติคือ ความรู้ ทักษะ และการตัดสินใจของผู้ให้บริการ (Lohr, Yordy, & Thier, 1988; Donabedian, 1982) ทักษะการมีปฏิสัมพันธ์ก็คือศาสตร์ในการดูแลตนเอง ตัวอย่างดัชนีของผู้ให้บริการนี้คือ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ การศึกษาอบรมเฉพาะทาง และคุณลักษณะส่วนบุคคล (Weingarten, Agos, Tankel, Sheng, & Ellrodt, 1993; Holzemer, 1994)

ผู้ให้บริการ/กระบวนการ (Provider/Process) คือรูปแบบการปฏิบัติการ ขั้นตอนการดูแลมาตรฐานการวางแผนการดูแล หรือแนวทางการปฏิบัติการ ทั้งสิ้นนี้เป็นกลยุทธ์ของกระบวนการการดูแลมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการตรวจสอบประสิทธิภาพของการบริการ และยังสามารถเปรียบเทียบภายในองค์กร หรือระหว่างองค์กรได้ (Holzemer & Reilly, 1995)

ผู้ให้บริการ/ผลลัพธ์ (Provider/Outcome) คือความพึงพอใจของผู้ให้บริการ ความปรารถนาจะอยู่หรือย้ายจากหน่วยงาน ระดับการศึกษาต่อเนื่องที่กำลังศึกษาอยู่ ซึ่งจะบอกถึงความสามารถในปัจจุบันและขั้นต่อไปได้ (Holzemer & Reilly, 1995; Bryan, et al, 1998) ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ รวมถึงความคุ้มค่าของการบริการ ซึ่งพิจารณาในด้านผู้ให้บริการ เช่น ประสบการณ์ทางวิชาชีพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งวิชาชีพแพทย์ ราคาหรือต้นทุนนี้ควรให้ความสนใจ เนื่องจากในขณะที่ต้องการลดค่าใช้จ่ายให้น้อยที่สุดนั้น คุณภาพการบริการยังคงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องดำรงไว้ (Aiken, Smith, & Lake, 1994; Michell, Ferketich, & Jennings, 1998)

หน่วยงาน/ปัจจัยนำเข้า (Setting/Input) คือคุณค่า ทักษะ ความเชื่อขององค์กร และทรัพยากรที่มีอยู่ เช่น งบประมาณ เครื่องมือ จำนวนและประเภทของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ขนาด ความเป็นเจ้าของ ปริมาณการบริการเฉลี่ย ประเภทบริการ สภาวะสุขภาพของชุมชน รวมถึงระบบสารสนเทศ การเขียนรายงาน ระดับต่าง ๆ ของบุคลากร รูปแบบการบริการทางวิชาชีพ และระดับความรุนแรงของโรคของผู้ป่วย ในมุมมองความเป็นส่วนรวมของหน่วยงานหรือองค์กรนั้น ๆ ด้วย (Holzemer, 1994)

หน่วยงาน/กระบวนการ (Setting/Process) คือการปฏิบัติการในปัจจุบัน เช่น การใช้หลักการ TQM/ CQI การวางแผนเชิงกลยุทธ์ นโยบายการดำเนินการและการประเมินผล การบริหารการปกครอง การประเมิน การดำเนินการ การตัดสินใจ นวัตกรรมขององค์กร (Holzemer & Reilly, 1995) รูปแบบการติดต่อสื่อสาร ระหว่างผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และระหว่างหน่วยงาน (Knaus, Draper, Wagner, & Zimmerman, 1986)

หน่วยงาน/ผลลัพธ์ (Setting/Outcome) คือความพึงพอใจของผู้ป่วย อัตราการย้ายงานของผู้ให้บริการ อัตราการเจ็บป่วย อัตราตาย อัตราความผิดพลาดทางการรักษา อัตราการเกิดโรคแทรกซ้อน ต้นทุน ค่าใช้จ่าย และอัตราการเข้ารับการรักษาลดลง ในรูปแบบส่วนรวมจึงจะเป็นผลลัพธ์ขององค์กร (Blegen, Goode, & Reed, 1998) รวมถึงความเหมาะสม ความพร้อมบริการ การบริการอย่างต่อเนื่อง ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล การดูแลอย่างเหมาะสม ความปลอดภัย เวลาที่ใช้ในการบริการ และต้นทุน (Mitchell, Ferketich, & Jennings, 1998) อาจรวมถึงค่าใช้จ่ายด้านบุคลากร และสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็น (Holzemer & Reilly, 1995) ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นพื้นฐานของผลกระทบจากบุคคลและงานโดยภาพรวม



ผลลัพธ์การบริการสุขภาพกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

จากอดีต Codman (1914) เป็นแพทย์คนแรกที่ยอมรับให้มีความสำคัญกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการบริการ ว่าคือคุณภาพของการบริการ มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการบริการ เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพให้เป็นไปตามมาตรฐานและตามสถานการณ์ที่จำกัด จนในปัจจุบัน ประเทศไทยมีการจัดโครงการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลขึ้นเพื่อควบคุมมาตรฐาน มีการพัฒนาคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่องในหน่วยงาน มีการวัดผลภายในหน่วยงานหรือภายในโรงพยาบาลของตนได้ และยังมีการประเมินจากบุคคลภายนอกที่ใช้เกณฑ์อันเป็นที่ยอมรับในการพัฒนาและรับรองคุณภาพของโรงพยาบาล

ดัชนีคุณภาพโรงพยาบาล ในระยะเริ่มแรกของโครงการพัฒนาคุณภาพเช่นนี้ คุณภาพ มุ่งเน้นในด้านโครงสร้าง และกระบวนการ โดยหวังให้ผลลัพธ์เกิดขึ้นโดยตรงต่อผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ วิธีการดำเนินการถูกกำหนดขึ้นโดยการกำหนดโครงสร้าง และการปฏิบัติงานที่เหมือนกันที่สอดคล้องกับมาตรฐานทางวิชาชีพและความต้องการของผู้รับบริการ จึงจะทำให้สามารถอธิบายความสอดคล้องของผลการดำเนินการแต่ละหน่วยงานหรือแต่ละโรงพยาบาลได้ ส่วนรายละเอียดแต่ละขั้นตอนของการดำเนินงานในแต่ละมาตรฐานขึ้นอยู่กับสิทธิความจำเป็น และ ข้อจำกัดของแต่ละหน่วยงานหรือโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากมาตรฐานการดำเนินการ ยังไม่มีการเปรียบเทียบไว้ให้เป็นที่ยอมรับ

ในการประเมินผลลัพธ์ทางการบริการของแต่ละหน่วยงาน แม้จะเน้นการบริการที่มีคุณภาพโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ดัชนีผลลัพธ์ที่จะนำมาใช้คงมีใช้เฉพาะจากมุมมองของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเท่านั้น ยังต้องรวมถึงผู้ให้บริการ และหน่วยงาน องค์กร หรือโรงพยาบาลด้วย อัตราต่าง ๆ ที่จะรายงานเป็นผลลัพธ์ต้องมีความถูกต้อง น่าเชื่อถือ เช่น อัตราตายของผู้ป่วยโรคหัวใจชนิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างเฉียบพลัน คงมีใช้การรายงานอัตราตายของผู้ป่วยโรคหัวใจ ต่อ อัตราตายของผู้ป่วยทั้งหมดในโรงพยาบาลเท่านั้น สิ่งเหล่านี้มิสามารถระบุความชัดเจนในรูปสูตรสำเร็จสูตรเดียวได้ แต่ข้อคิด เหตุผล หลักการการหาผลลัพธ์การบริการทางสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สามารถนำมาซึ่งการตรวจสอบและทำการศึกษาวิจัยได้

การวิจัยเพื่อการพัฒนาคุณภาพ

การศึกษาวิจัยเชิงผลลัพธ์เพื่อการพัฒนาคุณภาพโดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงผลลัพธ์ทางการบริการสุขภาพ เป็นโอกาสที่จะพัฒนาคุณภาพการบริการทางสุขภาพของแต่ละหน่วยงาน ซึ่งจะนำสู่ความเป็นสากล เป็นมาตรฐานที่สามารถเทียบเคียงกันได้ คำถามในการตรวจสอบคุณภาพควรคำนึงถึง เครื่องมือ อุปกรณ์ หรือทรัพยากรที่มีใช้อยู่ว่ามีเพียงพอไหม ผลที่ต้องการจากการวิเคราะห์คืออะไร ความคุ้มค่าของการใช้ทรัพยากรและประสิทธิภาพของการรักษาเป็นอย่างไร เมื่อปฏิรูประบบการบริการจะส่งผลอย่างไรในภาพรวมขององค์กร คุณภาพของการบริการทางสุขภาพสามารถวัดได้ในรูปแบบของผลลัพธ์ทางสุขภาพ และเชื่อว่าผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีต้องเชื่อมโยงสัมพันธ์กับภาวะเศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยีที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในปัจจุบันด้วย สิ่งสำคัญของผลลัพธ์จึงเป็นผลของการปฏิบัติงานที่คุ้มค่า ความเหมาะสมในการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในสถานการณ์ปัจจุบันอย่างแท้จริง

แนวทางการพิจารณาคุณภาพผลลัพธ์

ผลลัพธ์ของการบริการทางสุขภาพที่สะท้อนถึงคุณภาพของการบริการนั้น พิจารณาได้ 2 แนวทาง คือ



1. อารมณ์ หรือ โดยการเรียนรู้ (Subjective / Perceptual outcomes) เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการรับรู้ เช่น การตอบสนองของบุคลากรในหน่วยฉุกเฉิน ประสิทธิภาพของหน่วยงานที่รับคนไข้ในการดูแลหรือความตั้งใจในการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพ รายการและคุณภาพของอาหาร และความสะอาดในชั่วโมงเยี่ยม เป็นต้น

2. รูปนัย หรือโดยความเป็นจริง (Objective / Clinical outcomes) เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากความเป็นจริง เช่น การตาย การติดเชื้อ ภาวะแทรกซ้อน การผ่าตัดนอกเหนือการวางแผนล่วงหน้า ปฏิกริยาของยา และการเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 1 อาทิตย์ หลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

จากแนวการพิจารณาคุณภาพหรือผลลัพธ์การบริการทางสุขภาพทั้ง 2 ชนิดนี้ ทำให้การพิจารณาความเป็นเลิศของคุณภาพการบริการ กระทำได้ 2 วิธี คือ

1. การเสริมสร้างจากสิ่งที่มีอยู่ (Building block)
2. ตารางความเป็นเลิศจากการรับรู้และความเป็นจริง (Perceptual/Clinical Excellence Grid)

การเสริมสร้างจากสิ่งที่มีอยู่ (Building block) คุณภาพ เป็นข้อมูลตามความเป็นจริง ไม่ควรเป็นข้อมูลตามการเรียนรู้ แต่ความคิดเห็นตามการเรียนรู้ของคนไข้แต่ละคนจะเป็นตัวแทนของข้อมูลที่จะนำมาเสริมสร้างผลลัพธ์โดยส่วนรวมของการบริการได้ การใช้เทคนิคขั้นสูงวิเคราะห์ให้เห็นภาพรวม จะช่วยอธิบายผลลัพธ์โดยส่วนรวมของกลุ่มผู้รับบริการ กลุ่มผู้ให้บริการ และหน่วยงานได้ คุณภาพของทรัพยากรและเทคโนโลยีที่ใช้ ที่ส่งผลถึงผลลัพธ์โดยส่วนรวมนี้ สามารถนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบกันได้

ตารางความเป็นเลิศจากการรับรู้และความเป็นจริง (Perceptual/Clinical Excellent Grid) เกิดจากการรวมพิจารณาคุณภาพตามการเรียนรู้ และตามความเป็นจริงจะพบตารางความเป็นเลิศ ซึ่งมีองค์ประกอบ 4 ประการ (Merry, 1987) ดังภาพที่ 4

คุณภาพ ตามการรับรู้		สูง		ต่ำ	
		สูง	a		
			A	B	
		ต่ำ	C	D	

ภาพที่ 4 ตารางความเป็นเลิศตามการเรียนรู้และความเป็นจริง

จากตารางความเป็นเลิศตามการเรียนรู้และตามความเป็นจริงนี้ สามารถใช้ประเมินคุณภาพการบริการทางสุขภาพได้ คุณภาพการบริการในกรอบ A, B, C, และ D ตามที่แสดงในภาพที่ 4 จะสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพที่ตรวจสอบได้จากทั้งตามการเรียนรู้ (อารมณ์) และตามความเป็นจริง (รูปนัย) การบริการที่มี



คุณภาพสูงสุดจะอยู่ในกรอบ A ซึ่งหมายความว่า ผู้ให้บริการสามารถให้บริการได้ตรงตามความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย ครอบครัว หรือผู้ดูแลรับผิดชอบผู้ป่วย และการบริการต้องเป็นไปตามมาตรฐานเชิงวิชาชีพเสมอ พื้นฐานต่างๆ ในการบริหารจัดการ การประยุกต์ใช้เทคโนโลยี และระบบในการบริการ เป็นสิ่งที่สามารถพัฒนาปรับปรุงเพื่อคุณภาพที่เหมาะสมตรงตามความเป็นจริงได้ ในมุมมองด้านซ้าย (a) ของตารางความเป็นเลิศตามการรับรู้และความเป็นจริงคือตำแหน่งความเป็นเลิศที่แท้จริง ซึ่งอาจมีเพียงบางคนบางกลุ่ม เท่านั้นที่จะพัฒนาจนพบความสำเร็จ แต่นั่นก็คือเป้าหมายสูงสุดของผู้ให้บริการในการพัฒนาคุณภาพของการบริการทางสุขภาพของตน

การริเริ่มงานการวิจัยเชิงพลัฟร์

คำถามนำคำถามแรก คือ เคยมีการพิจารณาถึงโครงการประเมินผลลัพธ์ในหน่วยงานหรือองค์กรของท่านไหม? สิ่งที่ต้องพิจารณาดำเนินการในขั้นแรกนี้ก็คือ ต้องมีความยึดมั่นผูกพันในองค์กร (Organizational commitment) ในความร่วมมือในโครงการประเมินนี้ ไม่เฉพาะแต่บุคลากรทางการแพทย์และการพยาบาลเท่านั้น ต้องรวมถึงบุคลากรที่เกี่ยวข้องในสาขาวิชาชีพอื่นๆ ด้วย เช่น เกษตรกร นักการบัญชี ฯลฯ ขั้นตอนต่อไปคือข้อมูลประกอบการพิจารณาในการปรับปรุงคุณภาพการบริการ ต้องมีพร้อมทั้งข้อมูลภายใน และข้อมูลภายนอก เช่น ข้อมูลจากผู้ดูแลโดยตรง ผู้รับผิดชอบทางการเงินของผู้รับบริการ ต้องมีการพัฒนาระบบการบันทึก และการจัดเก็บข้อมูล ในระยะแรก อาจต้องมอบหมายงานให้ผู้ใดผู้หนึ่งในแต่ละหน่วยงานให้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีแบบฟอร์มที่เป็นที่ยอมรับและใช้ร่วมกันได้ของทุกฝ่าย เช่น แบบฟอร์มรายงานคนไข้ อาจต้องประกอบด้วย คุณลักษณะทางประชากรของคนไข้ การวินิจฉัยเริ่มแรก การช่วยเหลือตนเองได้เมื่อแรกรับ ระยะของโรค วิธีการรักษา ภาวะแทรกซ้อน การให้การรักษาอื่นๆ นอกเหนือจากแผนการรักษาเฉพาะโรคที่คนไข้เข้ารับการรักษ และ การเข้ารับการรักษาลำเมื่อออกจากโรงพยาบาล

ในระยะแรกคงต้องใช้การบันทึกโดยการเขียนให้เครื่องหมายที่กำหนดตามแบบฟอร์ม ต่อมาควรมีการจัดทำเป็นฐานข้อมูลโดยใช้เทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ (Gannon, 1996) ทั้งนี้เพื่อการเก็บรวบรวมได้อย่างครบถ้วน ถูกต้อง และวิเคราะห์ข้อมูลที่ซับซ้อนและต่อเนื่องในระยะยาวได้ การศึกษาผลลัพธ์จึงจะมีคุณค่าและมีประโยชน์ เพราะอาจนำมาใช้พิจารณาปรับปรุงนโยบายการให้บริการขององค์กร และหากศึกษาวิจัยในเชิงเปรียบเทียบระหว่างหน่วยงานหรือองค์กร จะอธิบายสาเหตุและการดำเนินงานที่ดีที่สุดได้ การปฏิบัติงานทางด้านการรักษาพยาบาลเพื่อให้ได้ผลตามที่ต้องการ ต้องมีการประเมินผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง และเพื่อลดความหลากหลายในบริการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากหน่วยงานต่างๆ ต้องคำนึงถึงเหตุผลในการพัฒนามาตรฐานการปฏิบัติงาน ความแตกต่างในการปฏิบัติ ความสามารถของบุคลากร และข้อจำกัดของแต่ละหน่วยงานด้วย

วิธีการวิจัยเชิงพลัฟร์

การวิจัยเชิงผลลัพธ์ทางการบริการทางสุขภาพสามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ ในด้านผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และองค์กร ซึ่งในการบ่งชี้ถึงคุณภาพการบริการนั้น ต้องเป็นการศึกษาจากองค์ประกอบของโครงสร้างและ/หรือกระบวนการที่มีความหลากหลายในการบริการ ในลักษณะการเปรียบเทียบหรือการแสดงความสัมพันธ์ต่อกันของตัวแปรทั้งหมด ซึ่งหมายความว่าทุกองค์ประกอบมีความสำคัญและเกี่ยวข้องซึ่งกันและกัน

การวิจัยเชิงผลลัพธ์ของการบริการทางสุขภาพในโรงพยาบาล มิใช่เป็นการศึกษาถึงผลการบริการเพียงครั้งเดียว ควรเป็นการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และไม่เพียงแต่จะพิจารณาจากองค์ประกอบภายในหน่วยงานที่มีการเปลี่ยนแปลงเท่านั้น ยังต้องพิจารณาถึงการเปลี่ยนแปลงของสภาวะทางสังคมและสิ่งแวดล้อมภายนอก



ที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาด้วย ฉะนั้นหากโรงพยาบาลได้มีการพิจารณาถึงการประเมินผลลัพธ์ของการบริการที่ถูกต้องเหมาะสมที่สุดแล้ว ผลประโยชน์ที่โรงพยาบาลจะได้รับจริงย่อมมีคุณค่ามหาศาล

งานวิจัยเชิงผลลัพธ์ทางการบริการสุขภาพเป็นงานที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ด้วยข้อจำกัดและความหลากหลายขององค์ประกอบที่ส่งผลต่อการบริการสุขภาพ การปรับเปลี่ยนระบบหรือกระบวนการดำเนินงาน เพื่อให้สอดคล้องต่อความต้องการของผู้ป่วยและสังคม ย่อมต้องมีการรักษาระดับความมีคุณภาพของการบริการไว้ ผลที่เกิดจากงานวิจัยเชิงผลลัพธ์สามารถใช้เป็นข้อมูลเพื่อการพิจารณาสับสนุนการให้บริการ เพื่อการตัดสินใจจัดสรรทรัพยากรหรือเลือกใช้วิธีการดำเนินการที่เหมาะสม เพื่อให้องค์ประกอบเหล่านั้นมีผลกระทบในทางที่ดีที่สุดต่อผลลัพธ์ของการบริการ และเป็นที่แน่ชัดว่าเมื่อมีการศึกษาวิจัยเชิงผลลัพธ์ทางการบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องก็จะสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องได้



References

- Aiken, L.H., Smith, H.L., & Lake, E.T. (1994). Lower medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care. **Medical Care**, 32, 771 – 787.
- Bertalanffy, L.V. (1968). **General system theory : Foundations, development, applications**. New York : George Braziller.
- Blegen, M.A., Goode, C.G., & Reed, L. (1998). Nurse staffing and patient outcomes. **Nursing Research**, 47(1): 43–50.
- Codman, E.A. (1914). The product of a hospital. **Surgical Gynaecology and Obstetric**, 18 : 491 – 496.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. **Milbank Memorial Quarterly**, 44, 166 – 203.
- Donabedian, A. (1980). **Explorations in quality and monitoring : The definition of quality and approaches to its assessment**. Ann Arbor, MI : Health Administration Press.
- Donabedian, A. (1982). **The criteria and standards of quality**. Ann Arbor, MI : Health Administration Press.
- Donabedian, A. (1986). Criteria and standards for quality assessment and monitoring. **QRB**, 99 – 108.
- Gannon, K. (1994). Get in step with your own patient outcomes program. **Drug Topics**, 138(21): 84–86.
- Gelinas, L.S., & Manthey, M. (1995). Improving patient outcomes through system change. **Journal of Nursing Administration**, 25(5): 55–63.
- Holzemer, W.L. (1994.) The impact of nursing care in Latin America and the Caribbean : A focus on outcomes. **Journal of Advanced Nursing**, 20 (1), 5 –12.



- Holzemer, W.L. & Reilly, C.A. (1995). Variables, variability and variations research : Implications for medical informatics, **Journal of American Medical Informatic Association**, 2, 183 -190.
- Johnson, M., Gardner, D., Kelly, K., Maas, M., & McClosKey, J.C. (1991). The IOWA model: A proposed model for nursing administration. **Nursing Economics**, 9, 255-262.
- Knaus, W., Draper, E., Wagner, D., & Zimmerman, J. (1986). An evaluation of outcomes from intensive care in major medical centers. **American Intern Medicine**, 104, 410 - 418.
- Lang, N.M., & Marek, K.D. (1992). Outcomes that reflect clinical practice. In National Institute of Health. **Patient outcomes research : Examining the effectiveness of nursing practice**. Bethesda, MD : Public Health Service.
- Lohr, K.N. (1988). Outcome measurement : Concepts and questions. **Inquiry**, 25 (Spring), 35 - 50.
- Lohr, K.N., Yordy, K.D., & Thier, S.O. (1988). Current issues in quality of care. **Health Affairs**, 7 (1), 5 -18.
- Longo, D.R. (1993). Patient practice variation : A call for research. **Medical Care**, 31 (5), YS81 - YS85.
- McLaughlin, F.E., Thomas, S.A. & Barter, M. (1995). Changes related to care delivery patterns. **Journal of Nursing Administration**, 25 (5), 35 - 46.
- Merry, M.D. (1987). What is quality care?: Model for measuring health care excellence. **QRB**, September 1987: 298-300.
- Mitchell, P.H., Ferketich, S., & Jennings, B.M. (1998). Quality health outcomes model. **IMAGE : Journal of Nursing Scholarship**, 30 (1), 43 - 46.
- Mitchell, P.H., & Shortell, S.M. (1997). Adverse outcomes and variations in organization of care delivery. **Medical Care**, 35 (11), NS19 - NS32.
- Nunnery, R.K. (1997). **Advancing your career : Concepts of professional nursing**. Philadelphia, PA : F.A. Davis.
- Petryshen, P., Nagle, L., & Sharmian, J. (1993). Outcomes management evaluating structure process-outcome. **Canadian Dietetic Association Research Network Linkletter**, 1 - 3.
- Sherman, D.W. (1997). Developing quality assurance programs in Ambulatory Surgery. **Nursing Management**, 28(9): 44-47.
- Weingarten, S., Agos, L., Tankel, N., Sheng, A., & Ellrodt, A.G. (1993). Reducing lengths of stay for patients hospitalized with chest pain using medical practice guidelines and opinion leaders. **American Journal of Cardiology**, 71, 259 - 262.
- Wennberg, J.E. (1990). Better policy to promote the evaluative clinical science. **Quality Assurance Health Care**, 2, 21 - 29.
- Widtfeldt, A.K. (1992). Quality and quality improvement in occupational health nursing. **AAOHN Journal**, 40, 326 - 332.