ผลของโปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ และอัตราการเกิดความผิดพลาดทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท

นางนิษฐ์อร วชิรสวัสดิ์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2551
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EFFECTS OF TRANSFORMING CARE AT THE BEDSIDE PROGRAM ON JOB SATISFACTION OF STAFF NURSES AND NURSING ERROR RATE AT CRITICAL CARE UNIT OF SAMITIVEJ SUKHUMVIT HOSPITAL

Mrs. Nitorn Washirasawass

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Administration

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2008

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพและอัตราการเกิดความผิดพลาดทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท
โดย	นางนิษฐ์อร วชิรสวัสดิ์
สาขาวิชา	การบริหารการพยาบาล
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชุกูล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์ ดร. วีณา จีระแพทย์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชุกูล)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ขัมภลิขิต)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

นิษฐ์อร วชิรสวัสดิ์ : ผลของโปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพและอัตราการเกิดความผิดพลาดทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท. (EFFECTS OF TRANSFORMING CARE AT THE BEDSIDE PROGRAM ON JOB SATISFACTION OF STAFF NURSES AND NURSING ERROR RATE AT CRITICAL CARE UNIT OF SAMITIVEJ SUKHUMVIT HOSPITAL) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : ผศ.ดร. สุชาดา รัชชุกูล, 127 หน้า.

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ และอัตราการเกิดความผิดพลาดทางการพยาบาลก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิทจำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แผนการอบรมคู่มือการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง แบบบันทึกสถานการณ์การปฏิบัติตามแนวทางการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง เก็บรวมรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพและแบบรายงานความผิดพลาดทางการพยาบาล ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และค่าความเที่ยงของแบบสอบถามด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบสถิติที

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตหลังใช้โปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. อัตราความผิดพลาดจากการเลื่อนหลุดของสายหรือท่อที่ต่อจากร่างกาย หลังการใช้โปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงต่ำกว่าก่อนใช้โปรแกรมร้อยละ 45.26

3. อัตราความผิดพลาดจากการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ หลังการใช้โปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงต่ำกว่าก่อนใช้โปรแกรมร้อยละ 100

สาขาวิชา การบริหารการพยาบาล ลายมือชื่อนิสิต .....

ปีการศึกษา 2551 ลายมือชื่ออ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก .....

4977838336 : MAJOR NURSING ADMINISTRATION

KEYWORDS : TRANSFORMING CARE AT THE BEDSIDE / JOB SATISFACTION / NURSING ERROR / STAFF NURSES

NITORN WASHIRASAWASS: EFFECTS OF TRANSFORMING CARE AT THE BEDSIDE PROGRAM ON JOB SATISFACTION OF STAFF NURSES AND NURSING ERROR RATE AT CRITICAL CARE UNIT OF SAMITIVEJ SUKHUMVIT HOSPITAL. ADVISOR: ASST. PROF. SUCHADA RATCHUKUL, RN, Ed. D., 127 pp.

The purpose of this quasi experimental research was to compare the nurses' job satisfaction and nursing error rate before and after using Transforming Care At the Bedside program. Research sample consisted of 30 nurses from intensive care unit in Smitivej sukhumvit hospital. Research instruments were the training plan, Transforming Care At the Bedside handbook, nursing error' document report and nurses' job satisfaction questionnaires and all instruments have been tested for content validity and reliability. The Cronbach's alpha coefficient of the questionnaire was .89. The data were analyzed by percentile, mean, standard deviation and t-test.

The major findings were as follow:

1. The mean score of nurses' job satisfaction of group using Transforming Care At the Bedside program was significantly higher than before experiment, at the .05 level.

2. Rate of nursing error from tube dislocation after implementation the Transforming Care At the Bedside program reduced 45.26 percent.

3. Rate of nursing error from medication error after implementation the Transforming Care At the Bedside program reduced 100 percent.

Field of Study : Nursing Administration Student's Signature : .....

Academic Year : 2008 Advisor's Signature : Suchada Ratchukul

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชุกูล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้เป็น “ครู” ผู้ให้ข้อคิด คำแนะนำ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆด้วยความเอาใจใส่และเป็นกำลังใจอย่างดียิ่งตลอดมา ศิษย์ขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ กราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ ทุกท่านที่ได้ประสิทธิประสาทวิชาความรู้และให้ประสบการณ์การเรียนที่มีคุณค่ายิ่ง และขอบคุณ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ให้ทุนสนับสนุนส่วนหนึ่งในการวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร. วีณา จีระแพทย์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์และ อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ขัมภลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาตรวจสอบและให้คำแนะนำในการ แก้ไขวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านที่กรุณาตรวจสอบและแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ใน การวิจัย ตลอดจนการให้คำแนะนำต่างๆที่เป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการ รองผู้อำนวยการ ผู้ช่วยผู้อำนวยการ และผู้จัดการ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัย เป็นอย่างดียิ่งตลอดมา และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยเป็นอย่างดี และมีส่วนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลงได้

ท้ายที่สุดนี้ขอขอบคุณบุคคลที่รักยิ่งทุกคนในครอบครัวที่ให้กำลังใจและเฝ้ารอความสำเร็จ ของผู้วิจัยด้วยความปิติยิ่ง ทำให้ผู้วิจัยมีกำลังใจในการต่อสู้กับอุปสรรคทั้งมวลจนสำเร็จการศึกษา

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย…… ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... จ

กิตติกรรมประกาศ..... ฉ

สารบัญ..... ช

สารบัญตาราง..... ฌ

สารบัญภาพ..... ญ

บทที่ 1 บทนำ..... 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... 1

ปัญหาการวิจัย..... 5

วัตถุประสงค์การวิจัย..... 5

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย..... 5

ขอบเขตการวิจัย..... 6

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย..... 7

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... 10

บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 11

การพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาล..... 11

ความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ..... 14

ความผิดพลาดทางการพยาบาล..... 31

แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับโปรแกรมทีแคบ..... 41

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 54

กรอบแนวคิดในการวิจัย..... 56

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย..... 57

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง..... 57

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 60

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ..... 66

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย..... 68

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง..... 73

หน้า

การวิเคราะห์ข้อมูล..... 73
สรุปขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย..... 75
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... 76
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปราย และข้อเสนอแนะ..... 80
สรุปผลการวิจัย..... 81
อภิปรายผลการวิจัย..... 81
ข้อเสนอแนะ..... 86
รายการอ้างอิง..... 87
ภาคผนวก..... 92
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ..... 93
ภาคผนวก ข หนังสือขอความร่วมมือในการทำวิจัย..... 95
ภาคผนวก ค โครงการจัดการอบรม..... 102
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 106
ภาคผนวก จ ประเมินผลการอบรม..... 115
ภาคผนวก ฉ แบบสอบถามความพึงพอใจ..... 118
ภาคผนวก ช ภาพแสดงกิจกรรมต่างๆในการทำการวิจัย..... 122
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์..... 127

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิทจำแนกตามอายุ สถานภาพสมรส วุฒิการศึกษาสูงสุด ประสบการณ์การทำงานด้านการพยาบาลและประสบการณ์การทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต.....	58
2	ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพเมื่อนำไปทดลองใช้ (Try out) และเมื่อใช้จริง.....	67
3	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงแบบทีแคบ.....	77
4	เปรียบเทียบอัตราการเกิดความผิดพลาดที่เกิดจากการเลื่อนหลุดของสายหรือท่อที่ต่อจากร่างกายก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงแบบทีแคบ.....	78
5	เปรียบเทียบอัตราการเกิดความผิดพลาดที่เกิดจากการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงแบบทีแคบ.....	79

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	56
2	สรุปขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย.....	75

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ท่ามกลางกระแสโลกาภิวัฒน์และระบบทุนนิยมโลก ทิศทางการพัฒนาประเทศไทยที่ขาดดุลยภาพและธรรมาภิบาล ในราวหนึ่งทศวรรษที่ผ่านมา ระบบสุขภาพไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งในเชิงแนวคิด นโยบาย โครงสร้าง กลไกการจัดการ แต่ในกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่ผ่านมาก็มีพัฒนาการที่อาจถือได้ว่าเป็นบุพนิมิตของระบบสุขภาพไทยที่กำลังเปลี่ยนแปลงไปสู่คุณภาพใหม่ปรากฏให้เห็นอย่างเด่นชัด กระแสความตื่นตัวและการใส่ใจเรื่องสุขภาพที่ค่อย ๆ ก่อตัวขึ้นอย่างต่อเนื่องสะท้อนจิตสำนึกใหม่ในเรื่องสุขภาพของสังคมไทย กระแสการเปลี่ยนแปลงที่เป็นบริบทใหม่ของการพัฒนานี้เกิดขึ้นทั้งในระดับโลกและในระดับการดำเนินชีวิตประจำวันของประชาชน การดำเนินตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเป็นธรรมและทั่วถึงขึ้นจากร้อยละ 69 ในปี 2539 เป็นร้อยละ 95.4 ในปี 2547 การพัฒนาสุขภาพหรือสุขภาวะในช่วงแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 จึงได้มีการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์การพัฒนาใหม่ โดยคำนึงถึงการพัฒนาอย่างบูรณาการเป็นองค์รวม และมีความสมดุลพอดีที่มุ่งเน้นให้คนเป็นศูนย์กลางในการพัฒนา (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนสุขภาพแห่งชาติ, 2550) ทำให้ระบบสาธารณสุขในประเทศไทยในปัจจุบันมีความเจริญก้าวหน้าเป็นอย่างมาก มีการแข่งขันกันในโรงพยาบาลภาครัฐและภาคเอกชนทั้งในด้านเทคโนโลยีและคุณภาพการบริการ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่างมีความคาดหวังสูง ตามพระราชบัญญัติประกันสุขภาพ ซึ่งกำหนดทิศทางการบริการที่เน้นคุณภาพการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ ทำให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจในสิทธิผู้ป่วยในการรับบริการในโรงพยาบาล รวมทั้งเรียกร้องสิทธิของตนและเกิดการฟ้องร้องมากขึ้น สาเหตุดังกล่าวส่งผลให้องค์กรสุขภาพตื่นตัวในการพัฒนาคุณภาพในการดูแลรักษาและการบริการมากขึ้น โดยการนำกลยุทธ์ต่างๆมาใช้เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการมากที่สุด

พยาบาลวิชาชีพเป็นกำลังหลักสำคัญในระบบสุขภาพทั้งในการเสริมสร้างสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย การฟื้นฟูสภาพ ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งการบริการเหล่านี้มีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อสังคม ท่ามกลางความเจริญก้าวหน้าทางด้านวิชาการและเทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว ร่วมกับการแข่งขันและการค้าเสรี ทำให้สังคมเคลื่อนเข้าสู่ยุคของการใช้ความรู้เป็นฐานในการปฏิบัติ เพื่อผลลัพธ์หรือคุณภาพที่สูง ค่าใช้จ่ายที่คุ้มค่า อีกทั้ง

โรงพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพซึ่งมีความพร้อมในด้านกำลังคน เครื่องมือเทคโนโลยี ขณะเดียวกันความซับซ้อนและวัฒนธรรมขององค์กรก็ก่อให้เกิดปัญหาไม่สามารถตอบสนองต่อความคาดหวังของสังคมได้ การปรับเปลี่ยนอย่างเป็นระบบและมีทิศทางที่ชัดเจนจึงมีความสำคัญและมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการใช้เครื่องมือสำคัญในการชี้นำการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล โดยนำมาตรฐานที่มีความเป็นสากลและก้าวหน้าทันกับยุคสมัยไปสู่การปฏิบัติ ทำให้เกิดความเชื่อมั่นของผู้รับบริการโดยใช้กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2549) ได้แก่ การรับรองคุณภาพจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation: HA) ในประเทศไทยและ Joint Commission International Accreditation (JCIA) จากประเทศสหรัฐอเมริกา วิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์จึงต้องการการพัฒนาทุกด้าน เพื่อปรับปรุง การปฏิบัติที่มุ่งเน้นความเป็นเลิศและคุ้มค่าใช้จ่าย ในขณะที่สภาวะการขาดแคลนพยาบาลเป็นปัญหาที่ประเทศไทยและหลายประเทศทั่วโลกประสบมาตลอด (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2550) ในปี พ.ศ. 2549 องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดให้ปัญหากำลังคนทางด้านสาธารณสุขเป็นปัญหาของโลกและอยู่ในขั้นวิกฤติใน 57 ประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะแพทย์ พยาบาล และผดุงครรภ์มีการขาดแคลนประมาณ 2.4 ล้านคน ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีการขาดแคลนใน 11 ประเทศ สูงถึง 1.2 ล้านคน สำหรับประเทศไทยมีอัตราการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพถึง 23,586 คน (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนสุขภาพแห่งชาติ, 2550) เนื่องจากความต้องการการบริการทางด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้นทั้งด้านปริมาณและความสลับซับซ้อนของปัญหาและระบบสุขภาพ ความเจริญก้าวหน้าทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพและเทคโนโลยี รวมทั้งการขยายขอบเขตของการพยาบาลและการผดุงครรภ์ เพื่อให้ทันต่อความเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้น ร่วมกับการปฏิรูประบบสุขภาพที่ต้องการให้ประชาชนได้รับการบริการอย่างเท่าเทียมทั่วถึง มีคุณภาพจึงทำให้ความต้องการพยาบาลทั้งปริมาณและคุณภาพเพิ่มขึ้นอย่างมากในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ทั้งภาครัฐและเอกชน ในขณะเดียวกันประเทศที่มีการพัฒนาแล้วหลายประเทศมีการขาดแคลนพยาบาลอย่างรุนแรง ทำให้มีการเคลื่อนย้ายพยาบาลจากประเทศที่กำลังพัฒนาสู่ประเทศที่พัฒนาแล้ว สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทุกระดับต่างมีภาระงานเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งองค์การพยาบาล เพราะพยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้นำด้านการให้บริการด้านสุขภาพของประชาชนและเป็นบุคคลากรกลุ่มใหญ่ในโรงพยาบาล

หอผู้ป่วยวิกฤตเป็นหน่วยงานหนึ่งในโรงพยาบาล ลักษณะผู้ป่วยที่เข้ารักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงเฉียบพลันทุกระบบ มีความซับซ้อนของโรค ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด พยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลจึงต้องมีความรู้ความสามารถทางการพยาบาลและทักษะสูงในการใช้อุปกรณ์เครื่องมือเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้รอดพ้นจากความเจ็บป่วยรุนแรง นอกจากการ

ให้บริการการดูแลผู้ป่วยโดยตรงแล้วพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตยังมีหน้าที่รับผิดชอบในการประสานงานและจัดการเครื่องมือ เวชภัณฑ์ และสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยและญาติอีกด้วย ด้วยลักษณะงานที่ต้องเกี่ยวข้องกับบุคคลและหน่วยงานหลายฝ่ายทำให้ลักษณะงานของพยาบาลมีความซับซ้อนมากขึ้น สิ่งเหล่านี้เท่ากับเป็นการทำให้ภาระงานของพยาบาลที่มีมากอยู่แล้วมีเพิ่มมากขึ้น ผลกระทบที่ตามมาคือ ทำให้พยาบาลเกิดความเครียดและมีความพึงพอใจในการทำงานลดลง ซึ่งจำเป็นต้องหาวิธีการและแนวทางในการส่งเสริมและสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้สึกพึงพอใจในการทำงานเพิ่มขึ้นก่อนที่พยาบาลจะลาออกเพราะความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ เป็นความรู้สึกยินดี พอใจในงานที่ทำของพยาบาลในการให้บริการผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลมาจากการประเมินการทำงานว่ามีความสอดคล้องกับสิ่งที่ตนคาดหวัง เมื่อกระทำแล้วประสบความสำเร็จก็ส่งผลทำให้เกิดความมั่นใจและความภาคภูมิใจ รู้สึกมีอิสระในการปฏิบัติงานได้ด้วยตนเอง (พิศมัย คุณาภรณ์, 2546) เมื่อพยาบาลไม่สามารถทำงานตามที่ตนเองมุ่งหวังเนื่องจากภาระงานที่มากขึ้นและความซับซ้อนจากงานอื่นๆ ทำให้พยาบาลไม่สามารถทำงานได้เพื่อให้เกิดคุณภาพการดูแลที่ตนเองมุ่งหวังทำให้สูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง เกิดความไม่พึงพอใจในงาน ส่งเสริมให้เกิดการลาออกของพยาบาลมากขึ้น (Swansburg and Swansburg, 2002)

จากการขาดแคลนที่มากขึ้นเนื่องจากการลาออกของพยาบาลทำให้พยาบาลที่เหลืออยู่มีภาระงานมากขึ้น ส่งผลต่อการให้การพยาบาลข้างเตียงหรือการพยาบาลโดยตรงลดน้อยลงทำให้การดูแลผู้ป่วยไม่ครอบคลุมกาย จิต วิญญาณและสังคม ก่อให้เกิดความผิดพลาด (Error) ได้ (เพ็ญจันทร์ แสนประสานและคณะ, 2549) ซึ่งความผิดพลาดทางการพยาบาล ได้แก่ การพลัดตกหกล้ม การบันทึกทางการพยาบาลไม่ครบสมบูรณ์ การทำหัตถการที่ไม่ถูกต้อง การสื่อสารข้อมูลคลาดเคลื่อน และ การบริหารยาผิดพลาด (Swansburg and Swansburg, 2002) ในประเทศแคนาดาพบอุบัติการณ์ที่เกิดจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากความผิดพลาดในการปฏิบัติงาน ได้แก่ การตกเตียง การให้ยาผิดพลาดและการผ่าตัด ที่ไม่เหมาะสม ที่มีผลต่ออัตราการตายและอัตราการป่วยสูงถึงร้อยละ 7.5 กล่าวคือมี ผู้ป่วยประมาณ 2.5 ล้านคนต่อปีที่ประสบปัญหาดังกล่าว และมีในจำนวน 70,000 คนประสบปัญหาความผิดพลาดจากบุคลากรพยาบาลที่สามารถป้องกันได้ (Baker et al., 2004 อ้างถึงใน กาญจนา คงแก้ว, 2550) ซึ่งความผิดพลาดทางการพยาบาลดังกล่าวเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง ส่งผลให้พยาบาลเกิดความไม่พึงพอใจในงานมากยิ่งขึ้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นจากอัตราการลาออกสูงขึ้น ทำให้เกิดความขาดแคลนอัตรากำลังมากขึ้นและพยาบาลที่เหลือต้องทำงานหนักขึ้น เกิดรู้สึกเหนื่อยหน่ายในการทำงาน ซึ่งทำให้เกิดความผิดพลาดทางการพยาบาลมากขึ้น

โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท เป็นโรงพยาบาลเอกชนที่ได้รับการรับรองคุณภาพจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation: HA) ในประเทศไทยและ Joint Commission International Accreditation (JCIA) จากประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งโรงพยาบาล

มุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพในการให้บริการให้ได้รับการรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นหน่วยงานหนึ่งของโรงพยาบาลซึ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพการบริการ จึงได้กำหนดตัวชี้วัดคุณภาพอัตราการเลื่อนหลุดของสายหรือท่อต่างๆ 0 ครั้งต่อ 1000 วันนอน ความผิดพลาดในการบริหารยา 0 ครั้งต่อ 1000 วันนอน (คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลสมิติเวช, 2550) เพื่อให้สอดคล้องกับตัวชี้วัดของโรงพยาบาล แต่จากการรวบรวมข้อมูลด้านการรายงานอุบัติการณ์ปี 2550 ของหอผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท พบว่าอัตราความผิดพลาดการเลื่อนหลุดของสายหรือท่อต่างๆและความผิดพลาดทางการบริหารยามีความถี่และความรุนแรงสูงกว่าอุบัติการณ์ด้านอื่นๆ ของหอผู้ป่วย (คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลสมิติเวช, 2550) ถึงแม้ว่าจะมีการพัฒนาและปรับแนวทางในการปฏิบัติงานโดยทำโครงการกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ (Continuous quality improvement project : CQI project) เพื่อลดอัตราความผิดพลาดดังกล่าวแต่ยังไม่ได้ตามตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ ซึ่งจำเป็นต้องมีการคิดหาแนวทางและกิจกรรมการพัฒนาเพื่อลดอุบัติการณ์ของการเลื่อนหลุดของสายหรือท่อต่างๆและความผิดพลาดทางการบริหารยาต่อไป

จากการที่พยาบาลเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญยิ่งในการทำให้เกิดคุณภาพบริการในการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง (Bedside care) ซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดโดยตรง เป็นการดูแลที่ทำให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วยเพราะการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงเป็นการดูแลที่ใช้หลักการบูรณาการสิ่งแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลร่วมกับการใช้ทักษะของพยาบาลในการเฝ้าระวังผู้ป่วยจึงทำให้เกิดการพัฒนาผลลัพธ์การดูแลที่มีคุณภาพและมีความสำคัญในการป้องกันการเกิดความผิดพลาด จากหลักการสำคัญของปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง ในปี พ.ศ. 2003 สถาบันพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ (The Institute for Healthcare Improvement หรือ IHI) จึงได้ร่วมมือกับมูลนิธิ Robert Wood Johnson (The Robert Wood Johnson Foundation หรือ RWJF) ได้ทำการศึกษาร่วมกันในการปรับเปลี่ยนกระบวนการการทำงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมและพัฒนาเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงขึ้น ซึ่งแนวคิดนี้เรียกว่า Transforming Care At Bedside (TCAB) หรือการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง (TCAB) ซึ่งประกอบด้วยหลักการ 4 ประการคือ ความปลอดภัยและความน่าเชื่อถือ (Safety and reliability) ความสุขในการทำงานของทีมดูแล (Care team vitality) ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centeredness) และเพิ่มคุณค่าการดูแล (Increasing value) การปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงานตามหลักการนี้มีจุดเน้นที่ทำให้พยาบาลได้มีโอกาสดูแลผู้ป่วยข้างเตียงมากขึ้น ซึ่งก่อให้เกิดผลดีตามมาหลายประการคือ การพัฒนาคุณภาพการดูแลและการบริการผู้ป่วย ประสิทธิภาพของทีมเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้พยาบาลความพึงพอใจในการทำงานและการคงอยู่ในหน่วยงานเพิ่มมากขึ้นและทำงานอย่างมีประสิทธิผลมากขึ้นโดยมีความผิดพลาดในการดูแลรักษาลดลง ซึ่งในเวลาต่อมาโรงพยาบาลต่างๆ ทั่วโลกเริ่มนำแนวคิดนี้ไป

ประยุกต์ใช้ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยต่างๆมากขึ้น (Rutherford, Lee and Greiner, 2004)

จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจนำแนวคิดทีแคบ มาบูรณาการเป็นโปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง เพื่อเป็นแนวทางหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย เพื่อช่วยลดอัตราการเกิดความผิดพลาดทางการพยาบาล และสร้างความพึงพอใจในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลที่ดีได้อย่างต่อเนื่อง

ปัญหาการวิจัย

1. ความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพภายหลังใช้โปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงหรือไม่

2. อัตราการเกิดความผิดพลาดทางการพยาบาลภายหลังการใช้โปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงมีอัตราต่ำกว่าก่อนใช้โปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง

2. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการเกิดความผิดพลาดทางการพยาบาลก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ความพึงพอใจในงานของพยาบาลจะเกิดขึ้นต่อเมื่อเพิ่มคุณลักษณะของการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเอกลักษณ์ของวิชาชีพ เช่น ความมีอิสระในการทำงาน มีเวลาเพียงพอในการดูแลผู้ป่วย (Rutherford, Lee and Greiner, 2004) หรืออีกนัยหนึ่งก็คือการพยาบาลข้างเตียง (Bed-side care) ทั้งนี้เพราะการพยาบาลข้างเตียงช่วยทำให้พยาบาลมีความรู้สึกว่าตนเองสามารถทำงานได้อย่างอิสระ โดยอาศัยหลักการและวิธีการที่ตนเองได้เรียนรู้มาอย่างเต็มที่ ซึ่งเป็นการปฏิบัติงานตาม

บทบาทของพยาบาลโดยตรงเพราะมีจุดมุ่งหมายที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลเพิ่มขึ้นกับผู้ป่วย (Nursing outcome) ซึ่งนอกจากจะทำให้พยาบาลเกิดความรู้สึกพึงพอใจในงานแล้วยังส่งผลให้เกิดความผิดพลาดทางการพยาบาลลดลงด้วย (Viney, Batcheller, Houston and Belcik, 2006)

ด้วยความสำคัญของการพยาบาลข้างเตียงดังกล่าวข้างต้น ในปี 2003 ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยสถาบันพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ (The Institute for Healthcare Improvement หรือ IHI) ได้ร่วมมือกับมูลนิธิ Robert Wood Johnson (The Robert Wood Johnson Foundation หรือ RWJF) พัฒนาแนวคิดการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงขึ้นเรียกว่า Transforming Care At the Bedside หรือเรียกย่อว่า ทีแคบ (TCAB) โดยมีเป้าหมายเพื่อใช้สำหรับพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย โดยมีหลักการลดภาระงานที่ไม่จำเป็นของพยาบาล และเปลี่ยนแปลงรูปแบบการทำงานโดยใช้ทีมพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้มีการพยาบาลโดยตรงกับผู้ป่วยมากขึ้น ซึ่งแนวคิดหลักของการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง (TCAB) ประกอบด้วย 4 ประการคือ ความปลอดภัยและความน่าเชื่อถือ (Safety and reliability) ความสุขในการทำงานของทีมดูแล (Care team vitality) ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centeredness) และเพิ่มคุณค่าการดูแล (Increasing value) ซึ่งแนวคิดนี้นอกจากจะสามารถเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและสร้างความพึงพอใจต่อผู้ป่วยแล้วยังช่วยเพิ่มประสิทธิภาพทีมดูแลตลอดจนเพิ่มการคงอยู่ในงานของทีมดูแลได้ยั่งยืนด้วย จากรายงานผลการศึกษาการนำโปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง (TCAB) ไปใช้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรม ประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า สามารถลดความคลาดเคลื่อนในการให้ยา จากร้อยละ 10 เหลือร้อยละ 4 หรือคิดเป็นอัตราลดลงร้อยละ 60 และยังช่วยลดอัตราการลาออกของพยาบาลจากร้อยละ 15 เหลือร้อยละ 7 หรือลดลงร้อยละ 53 (Rutherford, Lee and Greiner, 2004) จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยดังนี้

ความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ ภายหลังใช้โปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง

ขอบเขตการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการวิจัย ดังนี้

1. ประชากร ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำในหอผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท

2. กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการวิจัยนี้ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำในหอผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท จำนวน 30 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling)

3. ตัวแปรที่ศึกษา

3.1 ตัวแปรต้น คือโปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง

3.2 ตัวแปรตาม คือ ความพึงพอใจในงานและอัตราการเกิดความผิดพลาดทางการพยาบาลด้านความผิดพลาดจากการเลื่อนหลุดของสายหรือท่อที่ต่อจากร่างกายและด้านความผิดพลาดจากการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ

เนื่องจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤตต้องให้การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงเฉียบพลันทุกระบบ มีความซับซ้อนของโรค ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด นอกจากการให้บริการการดูแลผู้ป่วยโดยตรงแล้วพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตยังมีหน้าที่รับผิดชอบในการประสานงานและจัดการเครื่องมือ เวชภัณฑ์ และสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยและญาติทำให้ลักษณะงานของพยาบาลมีความซับซ้อนมากขึ้น สิ่งเหล่านี้ทำให้ภาระงานของพยาบาลที่มีมากอยู่แล้วมีเพิ่มมากขึ้น ผลกระทบที่ตามมาคือ ทำให้พยาบาลเกิดความเครียดและความพึงพอใจในการทำงานลดลง ทำให้ผู้วิจัยเลือกตัวแปรตามคือความพึงพอใจในงาน และอัตราการเกิดความผิดพลาดทางการพยาบาลด้านความผิดพลาดจากการเลื่อนหลุดของสายหรือท่อที่ต่อจากร่างกายและด้านความผิดพลาดจากการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากมีผลต่อคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต

4. ระยะเวลาในการทดลอง ในการทดลองการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงใช้ระยะเวลาในการทดลอง 4 สัปดาห์

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง หมายถึง กระบวนการให้ความรู้ความเข้าใจร่วมกันหาแนวทางในการพัฒนาการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงให้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท ประกอบด้วยการบรรยายและอภิปรายเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ มีการกระตุ้นด้วยการตั้งคำถามต่างๆเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ การตรวจสอบความเข้าใจในแต่ละช่วงของการบรรยาย เปิดโอกาสให้พยาบาลที่เข้ารับการอบรมมีส่วนร่วมในการอภิปราย มีการระดมสมองเพื่อร่วมกันกำหนดแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงเพื่อนำไปใช้ในการปรับระบบการทำงานเพื่อนำไปพัฒนาการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง โดยบูรณาการ

ประกอบด้วยกระบวนการเรียนรู้จากแนวคิดทีแคบ (TCAB) ของ Hassmiller และ Coughlan (2004 อ้างถึงใน Rutherford, Lee and Greiner, 2004)

ขั้นตอนที่ 1 การให้ความรู้ความเข้าใจด้านเนื้อหาสาระ โดยใช้วิธีการบรรยายและอภิปราย ใช้เวลา 1 วัน จำนวน 6 ชั่วโมง เนื้อหาสาระสำคัญ ตามแผนการอบรม ชุดที่ 1 ซึ่งเป็นกิจกรรมการให้ความรู้ความเข้าใจด้านเนื้อหาสาระ ประกอบด้วยเนื้อหาสาระด้านการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต ภาระงานของพยาบาล การดูแลผู้ป่วยข้างเตียง การพยาบาลผู้ป่วยโดยตรง และความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดทีแคบใช้วิธีการบรรยายและอภิปราย จำนวน 3 ชั่วโมง และการจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 3 ชั่วโมง รวม 6 ชั่วโมง

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาแนวทางปฏิบัติร่วมกัน เป็นการนำความรู้ความเข้าใจในขั้นตอนที่ 1 มากำหนดแนวทางในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยการลดภาระงานที่ไม่จำเป็นและเพิ่มการพยาบาลโดยตรง โดยใช้แนวคิดทีแคบซึ่งเน้นหลักการสำคัญ คือ ความปลอดภัยและความน่าเชื่อถือ ความสุขในการทำงานของทีมดูแล การให้การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และการเพิ่มคุณค่าการดูแลผู้ป่วย โดยใช้วิธีการระดมสมอง และเน้นการมีส่วนร่วมของกลุ่ม ใช้เวลา 1 วัน จำนวน 6 ชั่วโมง เนื้อหาสาระสำคัญ ตามแผนการอบรม ชุดที่ 2 ซึ่งเป็นกิจกรรมการนำแนวคิดทีแคบมาประยุกต์ใช้ซึ่งเน้นหลักการสำคัญ คือ ความปลอดภัยและความน่าเชื่อถือ ความสุขในการทำงานของทีมดูแล การให้การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และการเพิ่มคุณค่าการดูแลผู้ป่วย โดยใช้วิธีการบรรยายและอภิปราย จำนวน 2 ชั่วโมง และการจัดกิจกรรมกลุ่มระดมสมองเพื่อนำผลการวิเคราะห์จากขั้นตอนที่ 1 มากำหนดแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยการลดภาระงานที่ไม่จำเป็นและเพิ่มการพยาบาลโดยตรง จำนวน 6 ชั่วโมง และนำผลการประชุมกลุ่มมาจัดทำเป็นแนวทางการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง

ขั้นตอนที่ 3 การนำแนวทางมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย เป็นการนำแนวทางที่พัฒนาขึ้นในขั้นตอนที่ 2 มาใช้ในหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นเวลา 4 สัปดาห์ โดยกำหนดให้กลุ่มมีการประชุมอภิปรายร่วมกันสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆละ 2 ชั่วโมง เพื่อทบทวนและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล เป็นการประเมินผลการใช้โปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงโดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจในงาน และแบบรายงานอัตราความผิดพลาดทางการพยาบาล

พยาบาลวิชาชีพ หมายถึง พยาบาลที่ได้รับอนุมัติขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลผดุงครรภ์ชั้น 1 จากสภาการพยาบาล และปฏิบัติงานเป็นพยาบาลประจำหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท

ความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพต่อการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท ซึ่งเป็นผลมาจากการปฏิบัติงานตามแนวทางการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง สามารถประเมินได้โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพตามแนวคิดของ Slavitt et al. (1978) ดังนี้

1. ความเป็นอิสระในการทำงาน หมายถึง ความรู้สึกยินดี พอใจของพยาบาลวิชาชีพ ที่ได้ใช้ความคิดอิสระในการกำหนดกระบวนการทำงาน ใช้ความสามารถในการรวบรวมข้อมูล เพื่อประเมินปัญหา และตัดสินใจในการให้การพยาบาลผู้ป่วยภายใต้ขอบเขตของพยาบาลวิชาชีพได้อย่างครอบคลุม ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตได้อย่างเต็มที่

2. ลักษณะงาน หมายถึง ความรู้สึกยินดี พอใจของพยาบาลวิชาชีพ ที่ได้ใช้ความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตได้อย่างเต็มที่ มีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินการพัฒนางานการควบคุมคุณภาพการพยาบาล มั่นใจและภาคภูมิใจในงานที่ปฏิบัติเมื่อเกิดคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตและเกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี

3. ความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน หมายถึง ความรู้สึกยินดี พอใจของพยาบาลวิชาชีพในการทำงานเป็นทีมและเกิดความร่วมมือในการทำงาน มีการประสานงาน ติดต่อสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยและบุคลากรอื่นๆในทีมสุขภาพ ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ความเชื่อถือไว้วางใจ และบรรยากาศในการทำงานอบอุ่นเป็นมิตรระหว่างผู้ร่วมงานในการดูแลผู้ป่วยเพื่อสร้างบรรยากาศสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ดี

ความผิดพลาดทางการพยาบาล หมายถึง ความผิดพลาดที่เกิดจากการปฏิบัติการทางการพยาบาลซึ่งไม่ได้เป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ทำให้เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ซึ่งอาจทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ไม่คาดหวังในการให้บริการผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิทที่ส่งผลทางด้านลบต่อการบริการผู้ป่วย ซึ่งเกิดจากการให้บริการพยาบาลที่ไม่เพียงพอหรือไม่เหมาะสม ประกอบด้วย

1. ความผิดพลาดที่เกิดจากการบริหารยาของพยาบาล หมายถึง เหตุการณ์ใดๆที่เป็นสาเหตุหรือนำไปสู่การให้ยาที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจากการบริหารยาของพยาบาล ประกอบด้วย ความผิดพลาดที่เกิดจากการให้ยาแก่ผู้ป่วยที่ทราบว่าแพ้ยา (Drug allergy) ความผิดพลาดที่เกิดจากการให้ยาที่มีหลักฐานชัดว่าจะเกิดปฏิกิริยาระหว่างกันของยา (Drug interaction) ความผิดพลาดที่เกิดจากการเตรียมยา (Preparation) ความผิดพลาดที่เกิดจากการให้ยาไม่ครบ (Omission error) ความผิดพลาดที่เกิดจากการให้ยาผู้ป่วยผิดคน (Wrong patient) ความผิดพลาดที่เกิดจากการให้ยาผิดขนาด (Wrong dose error) ความผิดพลาดที่เกิดจากการให้ยาผิดชนิด (Wrong drug error) ความผิดพลาดที่เกิดจากการให้ยาผิดทาง (Wrong route error) ความผิดพลาดที่เกิดจากการให้ยาผิดเวลา (Wrong time error) ความผิดพลาดที่เกิดจากการให้ยามากกว่าจำนวนครั้งที่สั่ง

(Extra-dose error) ความผิดพลาดที่เกิดจากการให้ยาในอัตราเร็วที่ผิด (Wrong rate of administration error) ความผิดพลาดที่เกิดจากการให้ยาผิดเทคนิค (Wrong technique error) ความผิดพลาดที่เกิดจากการให้ยาผิดรูปแบบยา (Wrong dosage-form error) ความความผิดพลาดที่เกิดจากการบันทึก (Wrong document) และ ความผิดพลาดที่เกิดจากการขาดการติดตามผลหรืออาการผิดปกติ (Monitoring error) วัดได้จากแบบรายงานความผิดพลาดที่เกิดจากการให้ยาของพยาบาล โดยนับเป็นจำนวนครั้งต่อ 1000 วันนอน

2. ความผิดพลาดที่เกิดจากสายหรือท่อที่ต่อจากร่างกายเลื่อนหลุด หมายถึง เหตุการณ์ใดๆที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดการเลื่อนหลุดของสายหรือท่อที่ต่อจากร่างกายทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยจากการปฏิบัติงานของพยาบาล ประกอบด้วย สายยางสำหรับให้อาหาร ท่อสำหรับช่วยหายใจ สายสวนต่างๆที่เข้าสู่ร่างกายและสายหรือท่ออื่นๆที่ออกจากร่างกาย วัดได้จากแบบรายงานความผิดพลาดที่เกิดจากการเลื่อนหลุดของสายหรือท่อที่ต่อจากร่างกาย โดยนับเป็นจำนวนครั้งต่อ 1000 วันนอน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย เพื่อลดอัตราการเกิดความผิดพลาดทางการพยาบาลและเพิ่มคุณภาพการบริการทางการพยาบาล ทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจเพิ่มขึ้น
2. ลดภาระงานที่ไม่จำเป็นของพยาบาล
3. ความพึงพอใจในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้น
4. เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพของทีมการพยาบาล

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของโปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพและอัตราการเกิดความผิดพลาดทางการพยาบาล ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา วารสาร บทความและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง นำเสนอรายละเอียดตามหัวข้อดังนี้

1. การพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาล
2. ความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ
3. ความผิดพลาดทางการพยาบาล
4. แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับโปรแกรมทีแคบ (Transforming Care At the Bedside หรือ TCAB)
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. การพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาล

การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในด้านการปฏิบัตินั้น พยาบาลได้กระทำตลอดมาอย่างต่อเนื่องด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การประกันคุณภาพการพยาบาล การสร้างมาตรฐานการพยาบาล กระตุ้นให้พยาบาลได้ใช้กระบวนการในการรวบรวมข้อมูล การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนดำเนินการให้การพยาบาล ตลอดจนการประเมินผล ซึ่งการพัฒนาคุณภาพการบริการ มีจุดเน้นที่การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและผู้รับบริการ ซึ่งเป้าหมายสำคัญคือ การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ รวมทั้งการดำรงไว้ซึ่งมาตรฐานและจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ ดังนั้นเพื่อให้มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องและมีความเป็นเลิศตามมาตรฐานที่มุ่งหวัง พยาบาลวิชาชีพทุกคนซึ่งเปรียบเสมือนผู้นำทีมการพยาบาล จะต้องทำความเข้าใจและฝึกทักษะเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล เพราะการปฏิบัติการพยาบาลเป็นการปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างมนุษย์ ซึ่งมีลักษณะเฉพาะมุ่งหวังให้ผู้รับบริการมีสุขภาพดี ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สามารถดูแลตนเองและครอบครัวได้อย่างถูกต้องต่อไป ซึ่งถือว่าเป็นการให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพตามแนววิชาชีพโดยแท้ (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2533)

ฟาริดา อิบราฮิม (2542) กล่าวว่า การพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลถือว่าเป็นความรับผิดชอบโดยตรงของพยาบาล เพื่อศักดิ์ศรีของพยาบาลและวิชาชีพ และสถาบัน ที่สำคัญคือพิทักษ์สิทธิเพื่อการรับบริการสุขภาพอย่างคุ้มค่า พยาบาลมีโอกาสได้ประเมินตนเองจากผลการประเมิน

คุณภาพ ตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล จัดระบบและสนับสนุนให้มีการประเมินคุณภาพเพื่อมาใช้ในการพัฒนาการบริการทางการพยาบาล

สภาการพยาบาล (2544) ได้กำหนดให้ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์และผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ต้องรักษามาตรฐานของการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในระดับดีที่สุดในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ จึงกำหนดมาตรฐานซึ่งเป็นมาตรฐานหลักเพื่อให้หน่วยงานนำไปใช้ในการสร้างมาตรฐานที่เฉพาะเจาะจงสำหรับแต่ละหน่วยงานซึ่งนำไปสู่การบริการพยาบาลที่มีคุณภาพและมาตรฐานต่อไป ดังนี้

ข้อที่ 1 มาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (Nursing and Midwifery Standard) ประกอบด้วย มาตรฐานการบริหารองค์กรบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (Standard of Nursing and Midwifery Service Organization) มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลและผดุงครรภ์ (Nursing and Midwifery Practice Standard) และมาตรฐานผลลัพธ์การพยาบาลและการผดุงครรภ์ (Nursing and Midwifery Outcome Standard)

ข้อที่ 2 มาตรฐานการบริหารองค์กรบริการพยาบาลและผดุงครรภ์ (Standard of Nursing and Midwifery Service Organization) มีรายละเอียดดังนี้

มาตรฐานที่ 1 การจัดการองค์กรและการบริหารองค์กรบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์

มาตรฐานที่ 2 การบริหารจัดการทรัพยากร

มาตรฐานที่ 3 การจัดระบบงานและกระบวนการให้บริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์

มาตรฐานที่ 4 ระบบการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

ข้อที่ 3 มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลและผดุงครรภ์ (Nursing and Midwifery Practice Standard) เป็นการปฏิบัติที่มีเป้าหมายหลักเพื่อให้ผู้รับบริการ มีภาวะสุขภาพที่ดีที่สุดตามศักยภาพของแต่ละบุคคล ปัญหาสุขภาพและปัญหาที่เกี่ยวข้องได้รับการแก้ไขโดยพยาบาลและผดุงครรภ์ต้องปฏิบัติตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ 5 มาตรฐานดังนี้

มาตรฐานที่ 1 การใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์

มาตรฐานที่ 2 การรักษาสิทธิผู้ป่วย จริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพ

มาตรฐานที่ 3 การพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลการผดุงครรภ์

มาตรฐานที่ 4 การจัดการและการดูแลอย่างต่อเนื่อง

มาตรฐานที่ 5 การบันทึกและรายงาน

ข้อที่ 4 มาตรฐานผลลัพธ์การพยาบาลและการผดุงครรภ์ (Nursing and Midwifery Outcome Standard) เป็นองค์ประกอบสำคัญในการประเมินคุณภาพการบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ สามารถประเมินได้จากผลลัพธ์การปฏิบัติพยาบาลและการผดุงครรภ์ โดยใช้กระบวนการพยาบาลว่าบรรลุเป้าหมายที่กำหนดหรือไม่ และผลลัพธ์โดยรวมของบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ทั้งหน่วยงาน ซึ่งอาจประเมินได้จากองค์ประกอบดังต่อไปนี้

4.1 ความปลอดภัยจากความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ทั้งด้านกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

4.2 ผู้รับบริการได้รับการบรรเทาจากความทุกข์ทรมาน ทั้งด้านกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

4.3 ความรู้ของผู้รับบริการเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

4.4 ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้รับบริการ

4.5 ความพึงพอใจของผู้รับบริการและสิทธิที่พึงได้รับ

Canadian Council on Health Facilities Accreditation (1991 อ้างถึงใน อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และจิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2543) กล่าวว่าในการพัฒนาคุณภาพเป็นการจัดบริการที่ทำให้กับผู้ป่วยเพื่อเพิ่มผลลัพธ์ที่ดีและเหมาะสมกับความต้องการ โดยลดผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยไม่ต้องการ

Joint Commission International (2007) ได้ให้ความหมายของการพัฒนาคุณภาพว่าหมายถึงการลดความเสี่ยงของผู้ป่วยและบุคลากร ทั้งที่เป็นความเสี่ยงทางคลินิกและความเสี่ยงทางด้านกายภาพสิ่งแวดล้อม ซึ่งรวมถึงกระบวนการดังต่อไปนี้

1. การจัดการหรือจัดทำกระบวนการทางคลินิกใหม่ๆอย่างดี

2. มีการติดตามความก้าวหน้าของกระบวนการต่างๆ โดยใช้ตัวชี้วัดที่ได้จากการเก็บข้อมูล

3. การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลการปฏิบัติงาน และผลของการปรับเปลี่ยนรวมถึงการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

4. การพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นการขับเคลื่อนโดยผู้นำ เป็นการค้นหา การเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมองค์กรและเป็นการวิเคราะห์ จำแนกความเสี่ยง และความเสี่ยงในเชิงรุก โดยใช้ข้อมูลเป็นฐานในการค้นหา การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

สรุปว่าการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลเป็นความรับผิดชอบโดยตรงของพยาบาลวิชาชีพเพื่อช่วยลดปัจจัยเสี่ยงให้กับผู้ป่วย ทำให้กระบวนการทำงานมีประสิทธิภาพและเกิดผลลัพธ์ที่ดีสำหรับผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง

2. ความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ

2.1 การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต

2.1.1 ความหมายหอผู้ป่วยวิกฤต

ชลธิชา กองจริต (2547) ได้อธิบายถึงหอผู้ป่วยวิกฤตว่า เป็นหน่วยงานหนึ่งในโรงพยาบาลที่ให้บริการด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยภาวะวิกฤต มีจำนวนเตียงที่เหมาะสม มีอุปกรณ์เครื่องมือพิเศษ พร้อมทั้งอุปกรณ์ช่วยชีวิตอย่างเพียงพอ ซึ่งจำเป็นต้องมีบุคคลากรพยาบาลจำนวนเพียงพอ และให้บริการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ มีการทำงานเป็นทีมในลักษณะสหสาขาวิชาชีพเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยสมาชิกทีมประกอบด้วยบุคลากรหลายฝ่ายที่มีความรู้ความสามารถ ทักษะและประสบการณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต

สิริพร โกวิทเทวาวงศ์ (2547) กล่าวถึงหอผู้ป่วยวิกฤตว่า เป็นหอผู้ป่วยที่ให้การบริการผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงหรือภาวะวิกฤต ผู้ป่วยที่แสดงอาการล้มเหลวหรือกำลังจะล้มเหลวของระบบการทำงานของอวัยวะสำคัญ ระบบใดระบบหนึ่งหรือหลายระบบ จำเป็นต้องใช้เทคโนโลยี เครื่องมือ และอุปกรณ์พิเศษต่างๆที่ยุ่งยากซับซ้อน ในการช่วยชีวิต และมีทีมแพทย์ พยาบาลที่มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ให้การดูแลติดตามเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง

ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล, เอกรินทร์ ภูมิพิเชษฐ และดุสิต สถาวร (2549) ได้อธิบายถึงหอผู้ป่วยวิกฤตว่า เป็นสถานที่ในโรงพยาบาลที่ถูกจัดสร้างและเตรียมไว้เป็นการเฉพาะ สำหรับให้การดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยวิกฤต (Critically ill) และจะได้ประโยชน์จากการรักษาพยาบาลโดยมีลักษณะการดูแลที่ครบถ้วนและต่อเนื่อง (Comprehensive and continuous care)

Williams and Wilkins (2004) ได้กล่าวถึงหอผู้ป่วยวิกฤตว่าเป็นหอผู้ป่วยที่เป็นสถานที่ในการดูแลผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤตและได้รับบาดเจ็บรุนแรง

Sole, Klein and Moseley (2005) อธิบายว่า หอผู้ป่วยวิกฤตเป็นหน่วยงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต ต่อมาได้มีการได้มีการพัฒนาให้มีความเฉพาะทางมากขึ้นในผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบต่างๆ เช่น หอผู้ป่วยวิกฤตระบบหัวใจและหลอดเลือด หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม หอผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทและสมอง หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุ หอผู้ป่วยวิกฤตดูแลผู้ป่วยเปลี่ยนอวัยวะ หอผู้ป่วยวิกฤตไฟไหม้น้ำร้อนลวก หอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก และหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด

กล่าวโดยสรุปได้ว่า หอผู้ป่วยวิกฤตเป็นหน่วยงานที่ให้การบริการผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต โดยมีอาการล้มเหลวหรือกำลังจะล้มเหลวของระบบการทำงานของอวัยวะสำคัญ ระบบ

ใดระบบหนึ่งหรือหลายระบบ ซึ่งลักษณะการดูแลจะมีจำนวนเตียงที่เหมาะสม มีอุปกรณ์เครื่องมือที่พิเศษและทันสมัยเพียงพอในการช่วยชีวิต ประการสำคัญคือ ให้บริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์และ พยาบาล ซึ่งเป็นบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต และมีการดูแลติดตามเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมงอย่างต่อเนื่องและครบถ้วน

2.1.2 ความหมายของผู้ป่วยวิกฤต

อภิรดี แสงศิริโรจน์ (2545) ได้อธิบายถึงความหมายของผู้ป่วยวิกฤตว่า เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะล้มเหลวของอวัยวะสำคัญระบบใดระบบหนึ่งของร่างกาย หรือหลายๆระบบด้วยกัน ซึ่งต้องการการดูแลอย่างถูกต้อง รวดเร็วและเฉพาะทาง โดยมีบุคลากรที่มีความรู้ ความชำนาญภายใต้เครื่องมือที่ทันสมัยและพร้อมใช้เสมอ

สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภและชวนพิศ ทำนอง (2551) อธิบายว่า ผู้ป่วยวิกฤตเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงหรือมีปัญหาวิกฤตด้านร่างกายที่คุกคามกับชีวิต (Life threatening) ต้องการการดูแลและได้รับการรักษาพยาบาลอย่างใกล้ชิดอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อให้มีชีวิตอยู่และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น ทั้งนี้หมายรวมถึงญาติหรือบุคคลสำคัญของผู้ป่วย

Williams and Wilkins (2004) ได้อธิบายความหมายของผู้ป่วยวิกฤตว่า เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บรุนแรงซึ่งคุกคามต่อชีวิต ซึ่งอาจมีอาการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา มีความต้องการที่ซับซ้อนและต้องการการดูแลและเฝ้าระวังจากพยาบาลที่เชี่ยวชาญเฉพาะทาง

Sole, Klein and Moseley (2005) กล่าวว่าผู้ป่วยวิกฤตเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านร่างกายซึ่งเป็นภาวะเสี่ยงที่คุกคามต่อชีวิต

American Association of Critical Care Nursing (2008) ให้ความหมายการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตว่า เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงสูงและมีปัญหาวิกฤตทางสุขภาพที่คุกคามชีวิต มีภาวะอ่อนแอของร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลง และมีความซับซ้อนของโรค ต้องการการเฝ้าระวังและการดูแลให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด

จากความหมายของผู้ป่วยวิกฤตดังที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า ผู้ป่วยวิกฤตเป็นผู้ป่วยที่เจ็บป่วยฉุกเฉิน มีภาวะล้มเหลวของอวัยวะสำคัญระบบใดระบบหนึ่งของร่างกาย หรือหลายๆระบบ เป็นผู้ที่มีภาวะเสี่ยงหรือมีปัญหาวิกฤตด้านร่างกายที่คุกคามกับชีวิต มีปัญหาซับซ้อนจำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังและการดูแลให้การพยาบาล อย่างใกล้ชิด ถูกต้อง รวดเร็วและเฉพาะทาง เพื่อให้มีชีวิตอยู่และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น

2.1.3 การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต

วิจิตรา กุสุมภ์ (2546) ให้ความหมายการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตว่า เป็นการดูแลบุคคลที่มีปัญหาจากการถูกคุกคามของชีวิตโดยเน้นการรักษาประคับประคองทั้งด้านร่างกาย และจิตสังคมตามภาวะการตอบสนองด้านร่างกาย จิตสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยรอดชีวิตและสามารถปรับตัวเข้าสู่ภาวะปกติ

สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภและชวนพิศ ทำนอง (2551) ได้ให้ความหมายการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตว่า เป็นการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาวิกฤตทางด้านร่างกายที่คุกคามชีวิต มีการประเมินปัญหาผู้ป่วยพร้อมทั้งวางแผนการรักษาพยาบาล ในการแก้ไขปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

Hudak, Gallo and Morton (1998) ได้กล่าวว่า การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตเป็นการพยาบาลที่ต้องต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิต

Williams and Wilkins (2004) ได้อธิบายความหมายของการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตว่า เป็นการให้การพยาบาลในผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บรุนแรงซึ่งคุกคามต่อชีวิต ซึ่งอาจมีอาการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา มีความต้องการที่ซับซ้อนและต้องการการดูแลและเฝ้าระวังจากพยาบาลที่เชี่ยวชาญเฉพาะทาง

Sole, Klein and Moseley (2005) กล่าวว่าการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต หมายถึงการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านร่างกายซึ่งเป็นภาวะเสี่ยงที่คุกคามต่อชีวิต โดยการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

American Association of Critical Care Nursing (2008) อธิบายว่าการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต เป็นการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาวิกฤตทางด้านร่างกายและคุกคามกับชีวิต โดยพยาบาลที่เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาในการดูแลผู้ป่วย ตามการตอบสนองผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต รวมทั้งดูแลการตอบสนองต่อครอบครัวของผู้ป่วยผู้ป่วยวิกฤต

กล่าวโดยสรุปได้ว่า การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตเป็นการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาฉุกเฉินทางด้านร่างกายและถูกคุกคามชีวิต ซึ่งต้องอยู่ภายใต้การดูแลจากพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขาเพื่อให้การดูแลและตอบสนองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยรอดชีวิตรวมทั้งป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดตามมาภายหลัง และต้องตอบสนองต่อครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตด้วย

2.2 บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต

2.2.1 ความหมายของบทบาทและหน้าที่

จากการศึกษาพบว่ามีผู้ให้ความหมายของบทบาท (Role) ไว้ดังนี้

พจนานุกรมคอลลินส์ (Collins shorter English dictionary, 1993 อ้างถึงใน รัตนา เชียวศิริถาวร, 2546) ให้คำจำกัดความของบทบาทไว้ 3 ลักษณะ คือบทบาทการแสดงที่แสดงโดยผู้แสดงหญิงหรือชาย บทบาททางจิตวิทยาที่บุคคลแสดงตามกฎเกณฑ์ของสังคม ด้วยอิทธิพลของความคาดหวังของบุคคลที่คิดว่าเหมาะสม บทบาทที่เป็นหน้าที่ปกติ ซึ่งองค์กรเป็นผู้กำหนดให้

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร (2550) ได้ให้ความหมายของบทบาทว่าเป็นการกระทำหน้าที่ตามสถานภาพทางสังคม หรือการปฏิบัติหน้าที่ตามตำแหน่งงานที่ปฏิบัติ เช่นบทบาทมารดา บทบาทภรรยา บทบาทนักแสดง บทบาทอาจารย์ บทบาทพยาบาล บทบาทผู้บริหารหน่วยงาน และบทบาทนายกรัฐมนตรี เป็นต้น

Hardy and Conway (1988) กล่าวว่า บทบาทหมายถึง ตำแหน่งหรือกลุ่มของความคาดหวังหรือกลุ่มพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับตำแหน่ง

Neufeldt and Guralnik (1988) ให้คำอธิบายเกี่ยวกับบทบาทว่า เป็นรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมในการตอบสนองความต้องการหรือคาดหวังจากบุคคลอื่น

Creasia and Parker (2001) ให้ความหมายของบทบาทว่า เป็นกลไกพื้นฐานของสังคมในการอธิบายถึงตำแหน่งต่างๆในสังคม ส่วนหน้าที่หมายถึงกระบวนการของสังคมที่เน้นให้เห็นถึงบทบาทของบุคคลในงานที่กระทำในสังคม

ส่วนคำว่าหน้าที่ (Function) มีผู้ให้ความหมายดังนี้

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร (2550) ได้ให้ความหมายของหน้าที่ว่าเป็นงานหรือกิจที่ต้องปฏิบัติตามข้อผูกพัน เช่นหน้าที่ของประชาชนหมายถึง ข้อปฏิบัติซึ่งกำหนดในรัฐธรรมนูญที่ประชาชนพึงต้องกระทำให้เกิดประโยชน์และเป็นผลดีต่อประเทศชาติ หน้าที่ของอาจารย์มหาวิทยาลัย หมายถึงภารกิจที่อาจารย์พึงต้องกระทำให้เกิดประโยชน์ต่อสังคม

Neufeldt and Guralnik (1988) ให้คำอธิบายเกี่ยวกับหน้าที่ว่าเป็นการกระทำที่เฉพาะในแต่ละลักษณะงานหรือเป็นรูปแบบทางด้านภาษาศาสตร์ในการแสดงบทบาทที่เกิดจากความคาดหวัง

Creasia and Parker (2001) ให้ความหมายของหน้าที่ว่า เป็นกระบวนการของสังคมที่เน้นให้เห็นถึงบทบาทของบุคคลในงานที่กระทำในสังคม

สรุปได้ว่า บทบาทและหน้าที่ เป็นการกระทำที่แสดงออกในด้านพฤติกรรมตามลักษณะงานและตำแหน่งต่างๆในสังคม เพื่อให้เป็นไปตามความคาดหวังของสังคม

2.2.2 บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ

สภาการพยาบาล (2540) ได้กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลวิชาชีพว่าเป็นการปฏิบัติหน้าที่การพยาบาลต่อบุคคล ครอบครัวและชุมชน ดังต่อไปนี้

1. การสอน การแนะนำ การให้คำปรึกษาและการแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย

2. การกระทำต่อร่างกายและจิตใจของบุคคล รวมทั้งการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อการแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วย การบรรเทาโรค การลุลามของโรค และการฟื้นฟูสภาพ

3. การกระทำตามวิธีกำหนดไว้ในการรักษาโรคเบื้องต้นและการให้ภูมิคุ้มกันโรค

4. ช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรคทั้งนี้โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาลในการประเมินสุขภาพ การวินิจฉัยปัญหา การวางแผน การปฏิบัติ และการประเมินผล

ฟาริดา อิบราฮิม (2541) ได้กล่าวว่าการแสดงบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญมีดังนี้

1. บทบาทให้การดูแล พยาบาลจะให้การดูแลตามแผนการรักษาที่กำหนดเมื่อประเมินปัญหาของผู้ป่วยได้แล้ว งานการดูแลอาจเป็นงานอิสระที่พยาบาลสั่งการได้เอง เช่น กิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานโดยรวม การดูแลความสะอาด การให้ความสุขสบาย การเคลื่อนไหว การเปิดโอกาสให้ระบายความทุกข์ เป็นต้น ซึ่งบทบาทให้การดูแลในลักษณะต่างๆ ขึ้นอยู่กับสภาพการณ์ของหน่วยงาน แต่บทบาทที่พยาบาลจะลืมไม่ได้คือ บทบาทพยาบาลวิชาชีพในการส่งเสริมสุขภาพให้คนได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐาน การดูแลอาจกระทำด้วยตนเอง หรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม

2. บทบาทครู พยาบาลมีหน้าที่ให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพทั้งในด้านป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ การดูแลรักษาขณะเจ็บป่วยการฟื้นฟูสภาพเพื่อป้องกันความรุนแรงและพิการ ตลอดจนการปรับตัวให้ยอมรับความเป็นจริง การมีพลังที่เพียงพอเพื่อการดูแลตนเอง เป็นต้น

3. บทบาทให้การปรึกษาหารือ เป็นกระบวนการช่วยเหลือเพื่อการตระหนักในภาวะเครียดและปรับได้เหมาะสม ไม่ว่าจะเป็นปัญหาทางจิตหรือสังคมก็ตาม ทั้งนี้ต้องอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์อันดีระหว่างกันและมุ่งให้เกิดการส่งเสริมความเจริญเติบโตและวุฒิภาวะของผู้ป่วย พยาบาลให้การประคองด้านสติปัญญา อารมณ์และจิตใจ และช่วยเหลือผู้ป่วยเกิดเจตคติที่ดี มีความรู้สึกนึกคิด และแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม

4. บทบาทผู้นำ เป็นการแสดงออกซึ่งความเป็นผู้นำคือการเชิญชวนให้ผู้ป่วยและญาติสามารถเชื่อถือและปฏิบัติให้เป็นไปตามเป้าหมาย สุขภาพ ทั้งนี้ย่อมหมายถึง มีความสามารถสื่อภาษาให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันโดยเฉพาะในขณะที่มีความคับข้องใจเกิดขึ้น ให้ความเคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ไม่ตำหนิ กระตุ้นให้มีการพูดและเผชิญปัญหา ให้แนวทางแก้ปัญหาร่วมกัน

5. บทบาทผู้จัดการ เป็นการทำหน้าที่บริหารพร้อมกันทั้งในด้านการบริหารคน บริหารการพยาบาล บริหารสภาพแวดล้อม เช่น กำหนดสายบังคับบัญชา จัดอัตรากำลัง มอบหมายงาน วินิจฉัยสั่งการ บทบาทในการบริหารจัดการจะมุ่งไปสู่เป้าหมายสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นแกน และมุ่งสู่ความสุขความพึงพอใจในงานของเจ้าหน้าที่พยาบาลทุกคนในหน่วยงาน

6. บทบาทผู้ร่วมงาน พยาบาลต้องทำงานร่วมกับทีมสุขภาพ ผู้ร่วมทีมที่ใกล้ชิดที่สุดคือ แพทย์และยังมีนักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ และบุคลากรอื่นๆในชุมชนเป็นผู้ร่วมงานด้วย

7. บทบาทที่ปรึกษาและขอคำปรึกษา ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการการดูแลที่พิเศษ พยาบาลสามารถหาแหล่งให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วย การปรึกษาอาจทำเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการแล้วแต่สภาพความต้องการความช่วยเหลือดังกล่าว

8. บทบาทผู้เปลี่ยนแปลง พยาบาลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยหรือปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมที่บ้านและที่โรงพยาบาล การเปลี่ยนแปลงที่พยาบาลได้วางแผนกำหนดขึ้นย่อมพัฒนาความรู้ ทักษะ ความรู้สึก เจตคติและอาจเป็นพฤติกรรมของผู้ป่วยให้เข้าลักษณะสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ปกติสุขที่สุด

9. บทบาทผู้แทนผู้ป่วย พยาบาลอาจต้องเป็นตัวกลางระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ป่วยและแพทย์ เพราะพยาบาลทราบข้อมูลและปัญหาของผู้ป่วยทั้งหมด จึงสามารถให้การประคับประคองผู้ป่วยได้

10. บทบาทผู้ประสานด้านศาสนาและวัฒนธรรม พยาบาลต้องเรียนรู้ลักษณะวัฒนธรรมและศาสนาของผู้ป่วยซึ่งมีผลต่อการประพฤติปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เพื่อวางแผนการพยาบาลได้สอดคล้องและปรับเปลี่ยนให้เข้ากับระบบความเชื่อของผู้ป่วย

รัตนา เชียวศิริถาวร (2546) ได้ให้ความหมายของบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพว่า เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติงานด้านการรักษาพยาบาลที่พยาบาลจะต้องปฏิบัติหน้าที่และความรับผิดชอบของตนตามสิทธิหน้าที่

สุปราณี เสนาดิสัย (2547) ได้กล่าวไว้ว่าพยาบาลมีหน้าที่บทบาทสำคัญดังนี้

1. การสร้างเสริมสุขภาพ เป็นการช่วยให้บุคคลทั้งที่มีสุขภาพดี เจ็บป่วยหรือพิการมีสุขภาพที่ดีขึ้น กิจกรรมการพยาบาลรวมถึงการสอน การให้คำแนะนำ การเป็นที่ปรึกษาและการกระตุ้นให้บุคคลพัฒนาการดำเนินชีวิต เพื่อให้บุคคลทำหน้าที่ได้ถึงระดับสูงสุด เพิ่มความสามารถในการต่อสู้กับความเครียด ด้านร่างกายและอารมณ์ การสร้างสุขภาพต้องทำให้ทั้งคนที่มีสุขภาพดี และผู้ที่เจ็บป่วย

2. การป้องกันโรคหรือการบาดเจ็บต่างๆ เป็นการช่วยให้บุคคลที่มีสุขภาพดีหรือเจ็บป่วยหรือพิการรอดพ้นหรือปลอดภัยจากการเกิดโรคหรือบาดเจ็บต่างๆเป็นการยับยั้งการเกิดโรค ทำให้โรคก้าวหน้าช้าลง และการป้องกันอันตรายต่างๆ

3. การดูแลรักษาพยาบาล เป็นการดูแลรักษาพยาบาลผู้ที่เจ็บป่วยแล้วเพื่อให้บรรเทาความเจ็บป่วยให้ได้รับความสุขสบายมากที่สุด ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคและได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ให้การดูแลเพื่อความสุขสบายของผู้ป่วย ค้นหาสาเหตุของปัญหาทีทำให้การรักษาพยาบาลไม่เกิดประสิทธิผลเท่าที่ควรและพยายามหาทางแก้ปัญหานั้น

4. การฟื้นฟูสมรรถภาพและการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้มีความสามารถกลับคืนสู่สภาพเดิม หรือมีสภาพที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ให้ผู้ป่วยมีความสามารถใช้อวัยวะที่ยังเหลืออยู่ให้เป็นประโยชน์มากที่สุดและสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

5. ให้ผู้ป่วยได้สิ้นใจอย่างสงบและสมศักดิ์ศรีเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของโรคตายอย่างสงบ ไม่ทุรนทุรายและอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม

Williams and Wilkins (2006) ได้อธิบายถึงบทบาทของพยาบาลวิชาชีพดังนี้

1. บทบาทผู้ปฏิบัติ (Practitioner) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงและตามความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย ครอบครัว และบุคคลที่เกี่ยวข้อง รวมถึงทีมการดูแล

2. บทบาทความเป็นผู้นำ (Leader) เป็นบทบาทในการตัดสินใจ การสร้างความสัมพันธ์ มีอำนาจหน้าที่ และสนับสนุน ให้บรรลุเป้าหมายไม่ว่าจะเป็นบทบาทในการเป็นผู้นำในตำแหน่งหน้าที่หรือไม่ก็ตาม

3. บทบาทผู้วิจัย (Researcher) เป็นการนำความรู้ในด้านการปฏิบัติการพยาบาลออกเผยแพร่โดยใช้ความรู้พื้นฐานทางด้านวิทยาศาสตร์

จากบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ ดังกล่าวข้างต้นจะเห็นว่าพยาบาลวิชาชีพมีทั้งบทบาทที่เป็นอิสระและไม่เป็นอิสระซึ่งครอบคลุมทั้ง 4 มิติของการพยาบาลได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ

นอกจากนี้ยังมีผู้ให้ความหมายของบทบาทอิสระในการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ ดังนี้

Potter and Perry (1995 อ้างถึงใน ดารณี พันธ์ศรี, 2545) ได้กล่าวถึง การปฏิบัติตามบทบาทอิสระทางการพยาบาลคือ เป็นการปฏิบัติการพยาบาลโดยสมบูรณ์ไม่ต้องมีการปรึกษาหรือกระทำร่วมกับแพทย์ หรือบุคลากรวิชาชีพสุขภาพอื่นๆ

Ellis and Nowlis (1995) อธิบายว่า ในการปฏิบัติงานในบทบาทอิสระ พยาบาลวิชาชีพจะต้องใช้ความรู้และสติปัญญามากกว่าบทบาทอื่นในการวางแผนการพยาบาล เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการดูแลแบบองค์รวม มีการคิดหาเหตุผล และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสมด้วยตนเอง เป็นการเน้นอิสระภาพในการปฏิบัติงานมากขึ้น ทำให้พยาบาลมีความภาคภูมิใจในการทำงาน มองเห็นความสำเร็จของการทำงานและเป็นการปฏิบัติตามคุณลักษณะของวิชาชีพอย่างแท้จริง

สรุปว่าบทบาทอิสระในการปฏิบัติการพยาบาล หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องใช้ความรู้และสติปัญญามากกว่าบทบาทอื่นในการวางแผนการพยาบาล เพื่อให้เกิดการดูแลแบบองค์รวม ทำให้พยาบาลมีความภาคภูมิใจในการทำงานตามคุณลักษณะของวิชาชีพอย่างแท้จริง

2.2.3 บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต

พรทิพย์ โกศัลวัฒน์ (2541 อ้างถึงใน อภิรดี แสงศิริโรจน์, 2545) ได้สรุปบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ดังนี้

1. ต้องมีความรู้ ความชำนาญ สามารถประเมินภาวะความเจ็บป่วยและภาวะความเสี่ยงของผู้ป่วยแต่ละคน ครอบครัว ใช้ความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ในการตรวจร่างกาย วิเคราะห์ สรุปอาการ และพฤติกรรมของผู้ป่วย

2. มีวิจารณญาณในการตัดสินใจ สามารถวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพที่แท้จริงของผู้ป่วย ติดตามการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องและถูกต้อง กุญแจของความสำเร็จในการวิเคราะห์นั้นเน้นความสามารถในการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงหรือความผิดปกติ และรู้ถึงสภาพที่ที่แท้จริงของปัญหา ต้องมีความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงในการตัดสินใจ

3. วางแผนให้การพยาบาลช่วยแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยเพื่อให้จะสามารถดูแลตัวเองได้ ช่วยแก้ปัญหาให้กับญาติและครอบครัว

4. ให้คำปรึกษาทางด้านสุขภาพแก่ผู้มารับบริการ ให้คำแนะนำแก่ผู้ร่วมงานในทีมสุขภาพได้

5. มีมนุษย์สัมพันธ์ที่ดี สามารถติดต่อประสานงานร่วมมือกับผู้ร่วมงาน ทั้งวิชาชีพเดียวกันและวิชาชีพอื่นๆเช่น แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และบุคลากรทีมสุขภาพอื่นๆ

6. เป็นผู้ที่มีจริยธรรม คุณธรรม โดยยึดหลังจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ มีมโนสำนึกในหน้าที่ และความรับผิดชอบ

7. มีความคิดสร้างสรรค์ สามารถพัฒนาตนเอง และพัฒนางานให้ดียิ่งขึ้นอยู่เสมอ

8. ต้องมีทักษะในการแปลความต้องการของผู้ป่วยได้ กรณีผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ โดยใช้ภาษาท่าทาง สัญลักษณ์ และสื่อต่างๆช่วย รวมทั้งแสดงกิริยาที่เห็นอกเห็นใจ เข้าใจผู้ป่วยให้มากที่สุด

วรรณวิไล จันทราภา (2544 อ้างถึงใน สิริพร โกวิทเทวาวงศ์, 2547) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตว่า นอกจากจะเป็นการพยาบาลพิเศษเฉพาะทางที่จัดให้สำหรับผู้ป่วยที่มีแนวโน้มเข้าสู่ภาวะวิกฤต หรือครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งถือเป็นการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic care) แล้วยังเป็นการพยาบาลที่ต่อเนื่อง เพื่อดำรงไว้ซึ่งหน้าที่ของอวัยวะสำคัญในร่างกาย (Vital organ) เช่นหัวใจ หลอดเลือด ปอด สมองและไต

วิจิตรา กุสุมภ์ (2546) ได้กล่าวถึงบทบาทความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ไว้ดังนี้

1. เฝ้าระวัง ดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยให้ความปลอดภัย และประสานงานกับบุคคลอื่นในทีมสุขภาพ โดยพยาบาลจะต้องปฏิบัติงานอย่างมีทักษะ มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ศึกษาค้นคว้าสิ่งใหม่ๆเพื่อนำมาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

2. รับผิดชอบต่อครอบครัวของผู้ป่วยภาวะวิกฤต เนื่องจากผู้ป่วยภาวะวิกฤตต้องเข้ารับการรักษาอย่างกระทันหัน ญาติหรือครอบครัวจึงเกิดความเครียด ความกลัว วิตกกังวลอย่างรุนแรง เนื่องจากคิดว่าผู้ป่วยอาจถึงแก่กรรม พิการหรือทุพพลภาพ มีการเปลี่ยนแปลงในบทบาทหน้าที่ของครอบครัว ตลอดจนต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง จึงเกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจตามมา ดังนั้นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจึงต้องพึ่งพาพยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพ เพื่อให้ครอบครัวสามารถปรับตัวและเผชิญปัญหาได้

3. ดูแลสภาพแวดล้อมของผู้ป่วย เพราะสภาพแวดล้อมมีอิทธิพลต่อชีวิตและพัฒนาการของบุคคล ซึ่งสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยวิกฤตประกอบด้วยอุปกรณ์เครื่องมือจำนวนมาก เช่น เครื่องช่วยหายใจ เครื่องดูดเสมหะ เครื่องบันทึกการทำงานของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การต่อท่อระบายต่างๆออกจากร่างกาย การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว การมีปัญหาด้านการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย เสียงรบกวนจากเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ แสงสว่าง ตลอดกลางวันและกลางคืน ซึ่งเป็นสิ่งที่กระตุ้นภาวะเครียด (Stressor) ทำให้มีผลกระทบต่อทั้งร่างกายและจิตสังคม วิญญาณ และสูญเสียความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ตลอดจนกระทบต่อภาวะจิตสังคมของครอบครัวผู้ป่วยเป็นอย่างยิ่ง

Williams and Wilkins (2004) ได้กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตว่า มีบทบาทในการส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางด้านสุขภาพ ป้องกันโรค และช่วยเหลือให้เกิดการปรับตัวเมื่อเกิดความเจ็บป่วยหรือเสียชีวิต

Sole, Klein and Moseley (2005) อธิบายถึง บทบาทของพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตว่า

1. สนับสนุนสิทธิผู้ป่วยหรือทำหน้าที่เป็นตัวแทนของผู้ป่วย โดยการให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจได้โดยอิสระ
2. ให้ความสนใจและใส่ใจเมื่อมีคำถามจากผู้ป่วย
3. ช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม
4. ยอมรับในคุณค่าของผู้ป่วย ความเชื่อ และสิทธิผู้ป่วย
5. ให้ความรู้และสนับสนุนช่วยเหลือให้ผู้ป่วยตัดสินใจโดยอิสระ
6. เสนอทางเลือกที่สอดคล้องและเหมาะสมสำหรับผู้ป่วย
7. สนับสนุนการตัดสินใจของผู้ป่วยหรือความเป็นอิสระของผู้ป่วย
8. แปลความต้องการของผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถพูดได้
9. เฝ้าระวังและดูแลให้เกิดคุณภาพในการดูแล
10. ติดต่อประสานงานระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและทีมการดูแล

สรุปได้ว่า บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต หมายถึง การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยให้เกิดความปลอดภัยจากภาวะวิกฤต สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีอิสระในการตัดสินใจและยอมรับคุณค่าของผู้ป่วย สนับสนุนสิทธิผู้ป่วย และเป็นตัวแทนของผู้ป่วยในการประสานงานกับทีมการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม

2.3 ความหมายของความพึงพอใจในงาน

ยงยุทธ เกษสาคร (2541 อ้างถึงใน รัชชฎาพร สีดาดาษ, 2548) กล่าวว่า ความพึงพอใจในงาน หมายถึง ความรู้สึกยินดี มีความสุข และเต็มใจที่จะทำงาน หรือมีทัศนคติทางบวกต่องานที่กำลังปฏิบัติอยู่ในหลายๆด้าน ได้แก่ ด้านความสำเร็จของงาน การยอมรับนับถือ ความก้าวหน้าในตำแหน่งงาน ความรับผิดชอบ นโยบายและการบริหารสภาพแวดล้อมในการทำงาน ความมั่นคงปลอดภัยในการทำงาน ซึ่งสิ่งเหล่านี้ได้ตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานในลักษณะเป็นตัวกระตุ้นให้ทำงานเพื่อตอบสนองความต้องการขององค์การได้

เสนาะ ติเยาว์ (2544) อธิบายว่า ความพึงพอใจในงานหมายถึง ระดับความรู้สึกที่เกิดขึ้นของผู้ปฏิบัติงานในทางบวกหรือในทางลบต่องาน

ปรียาภรณ์ วงศ์อนุตรโรจน์ (2544) กล่าวว่า ความพึงพอใจในการทำงานเป็นความรู้สึกโดยรวมของบุคคลที่มีต่อการทำงานในทางบวกเป็นความสุขของบุคคลที่เกิดจากการปฏิบัติงานและได้รับผลตอบแทนคือ องค์ประกอบทางด้านความคิดความเข้าใจ องค์ประกอบด้านอารมณ์ หรือความรู้สึก หรือองค์ประกอบด้านแนวโน้มจองพฤติกรรม

ลดาวัลย์ บัวเอี่ยม (2544 อ้างถึงใน ปัทมาภรณ์ สรรพรชัยพงษ์, 2545) อธิบายว่า ความพึงพอใจในงานคือ ภาวะทางอารมณ์ที่เป็นบวก ที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติงานอย่างสนุกสนาน

Gilllies (1994) กล่าวว่า ความพึงพอใจในงานเป็นการตอบสนองทางอารมณ์ของบุคคลที่มีต่องาน

Spector (1997) ให้ความหมายของความพึงพอใจในงานว่า เป็นความรู้สึกนึกคิดที่มีต่องาน ซึ่งประเมินได้ว่าบุคคลชอบหรือไม่ชอบในงานของตนเอง มีองค์ประกอบที่สำคัญคือ ลักษณะงาน ความก้าวหน้าในงาน การบังคับบัญชา สิ่งจูงใจที่ไม่ใช่เงิน สภาพการทำงาน การติดต่อสื่อสารและผู้ร่วมงาน

Robbins (2003) กล่าวว่า ความพึงพอใจในงานหมายถึง ทัศนคติที่มีต่องานของบุคคลที่มีต่องานของบุคคลนั้น

สรุปได้ว่า ความพึงพอใจในงานเป็นความรู้สึกหรือทัศนคติของบุคคลที่มีต่องานที่บุคคลนั้นปฏิบัติอยู่ ซึ่งอาจเป็นความรู้สึกทางบวกหรือทางลบก็ได้

2.4 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในงาน

จากการศึกษาพบว่าแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในงานได้พัฒนาจากแนวคิดแรงจูงใจ ซึ่งเมื่อเกิดแรงจูงใจเป็นปัจจัยทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความพึงพอใจในงานส่งเสริมทำให้เกิดการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพ ซึ่งมีความสำคัญต่อการบริหารงานเป็นอย่างมาก ทฤษฎีแรงจูงใจ แบ่งได้เป็น 2 ประเภทดังนี้ (Swansburg and Swansburg, 2002)

1. ทฤษฎีเชิงเนื้อหา (Content theories)

เป็นทฤษฎีที่อธิบายความพึงพอใจในงานโดยเน้นความเข้าใจสิ่งที่อยู่ในบุคคลที่ทำให้ปฏิบัติตามแนวทางเพื่อตอบสนองความต้องการ ซึ่งประกอบด้วยทฤษฎีที่สำคัญได้แก่ ทฤษฎีความต้องการลำดับขั้นของมาสโลว์ (Maslow theories) ทฤษฎีอีอาร์จี (ERG theories) ทฤษฎี 2 ปัจจัย (Two- factor theories) ทฤษฎีความต้องการของแมคคลีแลนด์ (McClelland's Thio need theory) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 ทฤษฎีความต้องการลำดับขั้นของมาสโลว์ (Maslow theories)

เป็นทฤษฎีแรงจูงใจที่แพร่หลายมากที่สุด คิดค้นโดย Abraham Maslow ซึ่งสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาเอกสาขาจิตวิทยาจากมหาวิทยาลัย Wisconsin ทฤษฎีความต้องการตามลำดับขั้นของมาสโลว์ มีความเชื่อเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์ดังนี้

1.1.1 มนุษย์มีความต้องการที่ไม่สิ้นสุด

1.1.2 มนุษย์พยายามกระทำและหาวิธีการต่างๆที่จะทำให้ตนเองได้รับสิ่งที่ต้องการ

1.1.3 ความต้องการของมนุษย์จะเป็นไปตามลำดับขั้นดังนี้

1) ความต้องการด้านร่างกาย หมายถึงความต้องการปัจจัยสี่ ซึ่งเป็นความต้องการขั้นพื้นฐาน ได้แก่ น้ำและอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัยและยารักษาโรค ความต้องการมีงานทำ

2) ความต้องการความปลอดภัยและความมั่นคง ได้แก่ ความต้องการเงินเดือนที่เพิ่มขึ้น ได้รับสวัสดิการ ทำงานในสภาพแวดล้อมที่ดี มีความมั่นคงในงานและปราศจากการถูกข่มขู่

3) ความต้องการสังคม ได้แก่ ความต้องการทำงานร่วมกับผู้อื่น ต้องการมีเพื่อนสนิท ได้สังสรรค์และได้รับการยอมรับจากสังคม รวมทั้งมีครอบครัวที่อบอุ่น

4) ความต้องการมีคุณค่า ได้แก่ได้รับคำยกย่อง คำชมเชยและรางวัลที่มีชื่อเสียง รวมทั้งได้รับอิสระในการทำงาน

5) ความต้องการความสำเร็จ ได้แก่ ความก้าวหน้าในงาน ได้รับมอบหมายงานที่ท้าทายความสามารถและได้รับโอกาสให้ทำงานที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญ

1.2 ทฤษฎีอีอาร์จี (ERG theories)

เป็นทฤษฎีแรงจูงใจที่พัฒนามาจากทฤษฎีความต้องการตามลำดับขั้นของมาสโลว์ โดย Clayton Alderfer นำทฤษฎีความต้องการตามลำดับขั้นของมาสโลว์ 5 ขั้นมารวมกันเหลือเพียง 3 ขั้น โดยจำแนกความต้องการของมนุษย์ ดังนี้

1) ความต้องการปัจจัยเพื่อความมีชีวิต (Existence needs) ได้แก่ น้ำและอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และยารักษาโรค ต้องการมีงานทำ ต้องการสวัสดิการและทำงานในสภาพแวดล้อมที่ดี รวมทั้งต้องการความมั่นคงในงาน

2) ความต้องการสัมพันธภาพ (Relatedness needs) ได้แก่ ความต้องการมีสัมพันธภาพกับบุคคลในสังคม มีครอบครัวที่อบอุ่น มีโอกาสสังสรรค์กับเพื่อน มีเพื่อนสนิท และได้รับการยอมรับจากบุคคลในวิชาชีพ

3) ความต้องการความก้าวหน้า (Growth needs) หมายถึง ต้องการได้รับการยกย่องและคำชมเชย ต้องการได้รับการยกย่องและคำชมเชย ต้องการมีชื่อเสียงและต้องการความก้าวหน้าในตำแหน่งงาน

หลักการของทฤษฎีอีอาร์จี เป็นหลักการที่จำแนกความต้องการของมนุษย์ตามความพึงพอใจที่คืบหน้า (Satisfaction-progression principle) กล่าวคือ หากความต้องการในขั้นที่ 1 ได้รับการตอบสนองเป็นที่พึงพอใจ มนุษย์จะมีความต้องการขั้นที่ 2 และหากความต้องการในขั้นที่ 2 ได้รับการตอบสนองเป็นที่พึงพอใจ มนุษย์จะมีความต้องการขั้นที่ 3 แม้ว่าหลักการของทฤษฎีอีอาร์จีพัฒนามาจากหลักการของทฤษฎีความต้องการตามลำดับขั้นของมาสโลว์ (Hierarchy of needs theory) โดยนำทฤษฎีความต้องการเป็นลำดับขั้นของมาสโลว์ 5 ขั้นมารวมกันให้เหลือเพียง 3 ขั้น แต่ทฤษฎีอีอาร์จีมีความแตกต่างจากทฤษฎีความต้องการตามทฤษฎีความต้องการตามลำดับขั้น คือ ทฤษฎีความต้องการตามลำดับขั้นของมาสโลว์กล่าวว่า ความต้องการของมนุษย์จะเป็นไปตามลำดับขั้น โดยเริ่มจากขั้นที่ 1 ไปขั้นที่ 5 ซึ่งความต้องการในขั้นระดับต่ำกว่าจะต้องได้รับการตอบสนองครบถ้วนก่อน จากนั้นมนุษย์จึงมีความต้องการในขั้นที่สูงกว่าถัดไป กล่าวคือ เมื่อความต้องการในขั้นที่ 1 ได้รับการตอบสนองแล้ว มนุษย์จึงจะมีความต้องการในขั้นที่ 2 และเมื่อความต้องการในขั้นที่ 2 ได้รับการตอบสนองแล้ว มนุษย์จึงจะมีความต้องการในขั้นที่ 3 ซึ่งความต้องการจะเป็นเช่นนี้จนถึงความต้องการในขั้นที่ 5 ส่วนทฤษฎีอีอาร์จีกล่าวว่า ความต้องการของมนุษย์จะเป็นไปตามลำดับขั้น 3 ขั้น แต่มนุษย์อาจมีความต้องการในแต่ละขั้นควบคู่กันได้ โดยไม่จำเป็นต้องได้รับการตอบสนองในขั้นที่ต่ำกว่าครบถ้วนก่อน จึงจะมีความต้องการในขั้นที่สูงกว่าถัดไป

1.3 ทฤษฎี 2 ปัจจัย (Two- factor theories)

ทฤษฎี 2 ปัจจัย พัฒนาโดยนักจิตวิทยาชื่อ Frederick Herzberg ซึ่งสนใจศึกษาเกี่ยวกับแรงจูงใจในการทำงาน โดยการสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานในโรงงานอุตสาหกรรม มลรัฐ Pittsburgh ประเทศสหรัฐอเมริกา เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้ผู้ปฏิบัติงานพึงพอใจในงาน และปัจจัยที่ทำให้ผู้ปฏิบัติงานไม่พึงพอใจในงาน จากการศึกษาพบว่าผู้ปฏิบัติงานจะปฏิบัติงานได้ผลดี มีประสิทธิภาพ ย่อมขึ้นอยู่กับความพึงพอใจที่จะเป็นตัวกระตุ้นจูงใจให้ผู้ปฏิบัติงานมีความกระตือรือร้นในการทำงานมากขึ้น และในทางตรงกันข้ามหากผู้ปฏิบัติไม่มีความพึงพอใจในงาน ก็จะเกิดการท้อถอย ผลงานจะต่ำลง ซึ่งปัจจัยที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจในงานจากผลการวิจัยเรื่องนี้ Herzberg ได้จำแนกปัจจัยที่ทำให้ผู้ปฏิบัติงานพึงพอใจในงานเป็น 2 ปัจจัย ได้แก่

1) ปัจจัยจูงใจ (Motivation factor) เป็นปัจจัยสนับสนุนให้บุคคลทำงานเพิ่มขึ้นเนื่องมาจากแรงจูงใจภายในที่เกิดจากการทำงาน นำไปสู่การพัฒนาทัศนคติทางบวก ปัจจัยที่ผลักดันให้เกิดแรงจูงใจ ประกอบด้วยความสำเร็จในงาน (Achievement) การได้รับความนับถือและยกย่อง

ชมเชย (Recognition) ลักษณะงาน (Work itself) การได้รับมอบหมายความรับผิดชอบ (Responsibility) และความก้าวหน้าในงาน (Advancement)

2) ปัจจัยอนามัย (Hygiene factor) เป็นปัจจัยที่ช่วยป้องกันไม่ให้บุคลากรในองค์การเกิดความไม่พึงพอใจ หรือไม่มีความสุขในการทำงาน เนื่องจากคนเรามีความต้องการที่จะหลีกเลี่ยงความยากลำบากในการปฏิบัติงาน ซึ่งถ้าต้องการหรือปัจจัยเหล่านี้ไม่ได้รับการตอบสนองจะทำให้เกิดความไม่พึงพอใจในการทำงานนั้นได้ ประกอบด้วย นโยบายขององค์การ (Company policy) วิธีการนิเทศ (Supervision) เงินเดือนและสวัสดิการ (Salary and benefits) สภาพการทำงาน (Working condition) และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationship)

1.4 ทฤษฎีความต้องการของแมคคลีแลนด์ (McClelland's Thio need theory)

ทฤษฎีความต้องการของแมคคลีแลนด์ เป็นทฤษฎีที่พัฒนาโดย David C. McClelland โดย McClelland ได้พัฒนาแบบวัดความต้องการของมนุษย์ ซึ่งผลจากการศึกษา McClelland แบ่งความต้องการของมนุษย์ออกเป็น 3 ด้านหลักดังนี้ ความต้องการความสำเร็จ (Achievement needs) ความต้องการด้านสังคม (Affiliate needs) และความต้องการอำนาจ (Power needs) ซึ่งทฤษฎีความต้องการของ McClelland เชื่อว่าความต้องการของมนุษย์ไม่ได้ติดตัวมาแต่กำเนิด แต่เกิดจากการเรียนรู้และประสบการณ์ชีวิต นอกจากนี้ ความต้องการแต่ละด้านไม่ได้เป็นไปตามละดับขั้น รวมทั้งมนุษย์แต่ละบุคคลจะมีความต้องการในแต่ละด้านไม่เท่ากัน ตลอดความต้องการในแต่ละด้านจะเปลี่ยนแปลงตามสภาพแวดล้อมและบริบทของแต่ละบุคคล

2. ทฤษฎีเชิงกระบวนการ (Process theories)

เป็นทฤษฎีแรงจูงใจที่อธิบายว่าปัจจัยใดที่เน้นเป็นตัวกระตุ้นที่เกิดพฤติกรรมมากกว่าให้ความสำคัญกับเนื้อหา และเป็นการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆในกระบวนการของการจูงใจว่ามีอิทธิพลต่อกันเช่นไร ซึ่งได้แก่ ทฤษฎีการเสริมแรง (Arousal-activation theories) ทฤษฎีความคาดหวัง (Expectancy-valence theories) ทฤษฎีความเท่าเทียม (Equity theories) และทฤษฎีการตั้งเป้าหมาย (Intention-goal theories) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 ทฤษฎีการเสริมแรง (Arousal-activation theories)

เป็นทฤษฎีที่นิยมแพร่หลายในการนำมาใช้กระตุ้นแรงจูงใจของบุคคล ทฤษฎีการเสริมแรงเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า ทฤษฎีเงื่อนไข (Operant conditioning theory) ซึ่งพัฒนาโดย Skinner หลักการทฤษฎีการเสริมแรงของสกินเนอร์ (Skinner's reinforcement theory) คือหลักการเรียนรู้ตามเงื่อนไขซึ่งเป็น การกระตุ้นให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยใช้การเสริมแรง เป็นวิธีที่นิยมแพร่หลายในการพัฒนาการเรียนรู้ของบุคคล ประเภทของการเสริมแรง (Types of reinforcement) มีดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2550)

2.1.1 การเสริมแรงทางบวก (Positive reinforcement) หมายถึง การให้สิ่งจูงใจที่ผู้ปฏิบัติงานต้องการหรือชื่นชอบ เช่น เงิน รางวัล คำยกย่อง คำชมเชย โล่ และเข็มเชิดชูเกียรติ เป็นต้น โดยมีจุดประสงค์เพื่อกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติงานคงพฤติกรรมที่ดี แรงจูงใจในการทำงานให้ดียิ่งขึ้นเรื่อยๆรวมทั้งเพิ่มการกระทำพฤติกรรมที่ดีให้เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

2.1.2 การเสริมแรงทางลบ (Negative reinforcement) หมายถึง การกำหนดเงื่อนไขที่ผู้ปฏิบัติงานไม่ต้องการหรือไม่ชอบ เช่น กำหนดเงื่อนไขจะไม่เพิ่มเงินเดือน หากผู้ปฏิบัติงานไม่สามารถทำงานให้บรรลุเป้าหมาย

2.1.3 การระงับพฤติกรรม (Extinction) จุดประสงค์คือสลายหรือยุติหรือลดการกระทำพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เช่นในขณะประชุม หากผู้เข้าประชุมพูดคุยกัน เพื่อระงับการพูดคุยของผู้เข้าประชุม ประธานอาจใช้วิธีเรียกชื่อผู้เข้าประชุมที่พูดคุยกัน หรืออาจหยุดพูดชั่วขณะหรือกล่าวตักเตือน เป็นต้น การกระทำของประธานด้วยวิธีต่างๆดังกล่าว จะทำให้ผู้เข้าประชุมยุติหรือลดการพูดคุยกัน

2.1.4 การลงโทษ (Punishment) จุดประสงค์คือ ลดการกระทำหรือพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ การลงโทษมีหลายวิธี เช่น การข่มขู่ให้ผู้ปฏิบัติงานเกรงกลัวโดยกำหนดโทษทางวินัย ตัดเงินเดือน โยกย้าย และให้ออก เป็นต้น การลงโทษควรใช้ในกรณีที่ผู้ปฏิบัติงานลางาน ขาดงาน และมาทำงานสายเป็นประจำ

2.2 ทฤษฎีความคาดหวัง (Expectancy-valence theories)

ทฤษฎีความคาดหวังพัฒนาโดย Victor H. Vroom หลักการทฤษฎีความคาดหวัง คือ แรงจูงใจ ในการกระทำสิ่งใดๆของมนุษย์จะมากน้อยเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับความคาดหวังต่อความสามารถในการกระทำให้บรรลุผลสำเร็จ (Effort-performance expectancy) และความคาดหวังต่อผลลัพธ์ (Performance-outcome expectancy) ความคาดหวังต่อความสามารถในการกระทำให้บรรลุผลสำเร็จเป็นความคาดหวังในขั้นตอนที่ 1 หากบุคคลประเมินความสามารถของตนเองแล้วรับรู้ว่ายากที่ตนเองจะกระทำให้บรรลุผลสำเร็จ บุคคลจะไม่มีแรงจูงใจ แต่หากประเมินแล้วมีความคาดหวังว่าหากตนเองใช้ความพยายามจะสามารถกระทำให้บรรลุผลสำเร็จ รวมทั้งมีทรัพยากรสนับสนุนเพียงพอ บุคคลจะมีแรงจูงใจ เมื่อบุคคลมีแรงจูงใจ พฤติกรรมในขั้นถัดไปคือ บุคคลจะประเมินความคาดหวังต่อผลลัพธ์ ซึ่งเป็นความคาดหวังที่เกิดขึ้นในขั้นที่ 2 โดยจะประเมินว่าผลประโยชน์ที่ตนจะได้รับมีความคุ้มค่าหรือไม่ หากประเมินแล้วรับรู้ว่ามีโอกาสน้อยมากที่จะได้รับผลประโยชน์ตามที่ตนเองคาดหวัง บุคคลจะไม่มีแรงจูงใจ แต่หากประเมินแล้วมีความคาดหวังว่ามีความเป็นไปได้สูงมากที่จะได้ผลประโยชน์ตามที่คาดหวัง บุคคลจะมีแรงจูงใจ

2.3 ทฤษฎีความเท่าเทียม (Equity theories)

หลักการของทฤษฎีความเท่าเทียมกันคือ หลักความสมดุล (Balance) เป็นความสมดุลระหว่างค่าตอบแทนและผลการปฏิบัติงาน (Performance-based pay) และหลักความเท่าเทียมกัน (Equity) หมายถึงความเท่าเทียมกันในการจ่ายค่าตอบแทนแก่ผู้ปฏิบัติงานที่ทำงานในตำแหน่งระดับเดียวกัน มีความรู้ความสามารถในระดับเดียวกัน รวมทั้งมีประสบการณ์การทำงานที่เท่ากัน ตลอดจนความเท่าเทียมกันในสิทธิและการแบ่งปันผลประโยชน์

2.4 ทฤษฎีการตั้งเป้าหมาย (Intention-goal theories)

เป็นทฤษฎีที่อธิบายว่าแรงจูงใจเบื้องต้นในการทำงาน เกิดจากความปรารถนาที่จะนำไปสู่ความสำเร็จของเป้าหมายที่ตั้งไว้ ต้องการเวลา มีความสำคัญที่ชี้แนวทางของพฤติกรรมที่บุคคลต้องกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ (ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์, 2543)

สรุปได้ว่าการสร้างแรงจูงใจจะทำให้บุคลากรเกิดความพึงพอใจในงานได้ ดังนั้นการนำทฤษฎีแรงจูงใจมาใช้ในการสร้างความพึงพอใจของบุคลากรสามารถนำมาใช้ได้โดยพิจารณาตามความเหมาะสมตามบริบทขององค์กร

2.5 แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ

มีผู้ให้แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ หลายแนวคิด ดังนี้

Slavitt et al. (1978 อ้างถึงใน พัชรี เจริญพร, 2546) กล่าวว่า องค์ประกอบที่ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในงานของกลุ่มวิชาชีพด้านบริการสุขภาพ มี 6 ด้านคือ

1. ค่าตอบแทน หมายถึง เงิน หรือผลประโยชน์อื่นๆ ที่ได้รับจากการทำงาน

2. ความอิสระในการทำงาน หมายถึง ปริมาณงานที่สามารถปฏิบัติได้โดยไม่ต้องขึ้นกับใคร โดยความคิดริเริ่มของตนเองอย่างอิสระ ซึ่งหน่วยงานหรือผู้บังคับบัญชาเปิดโอกาสให้ปฏิบัติและได้รับการยอมรับ

3. ความต้องการงาน หรือลักษณะงาน หมายถึง ประเภทของงานรวมทั้งความยากง่ายของงานที่ต้องปฏิบัติในหน้าที่ประจำวัน

4. นโยบายขององค์กร หมายถึง นโยบายการบริหารงานและปฏิบัติงาน ทั้งที่โรงพยาบาลและฝ่ายบริหารการพยาบาลใช้ปฏิบัติและจะดำเนินต่อไป

5. ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมงาน หมายถึง การมีโอกาสได้ติดต่อสัมพันธ์ ทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการกับผู้ร่วมงาน ทั้งในและนอกวิชาชีพระหว่างปฏิบัติงาน

6. สถานภาพของวิชาชีพ หมายถึง ความรู้สึกเกี่ยวกับความสำคัญของวิชาชีพ ทั้งโดยตัวเองและการมองของผู้อื่น รวมทั้งการมองเห็นคุณประโยชน์ของงานด้วย

Kettle (2001) กล่าวถึงความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพว่า ขึ้นอยู่กับปัจจัยดังต่อไปนี้

1. ค่าตอบแทน ซึ่งไม่ได้หมายถึงเฉพาะเงินที่ได้รับเป็นค่าตอบแทนจากองค์กรเท่านั้น แต่รวมถึงค่าตอบแทนทางด้านจิตใจที่เกิดจากความรู้สึกมีคุณค่าในงานอีกด้วย

2. ลักษณะงาน รวมทั้งทัศนคติที่มีต่อผู้ร่วมงานและองค์กร

3. คุณค่าในงาน เป็นความรู้สึกว่าตนเองสามารถดูแลผู้ป่วยโดยมีผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น

4. ความมีอิสระในการดูแลผู้ป่วย สามารถมีอิสระในการปฏิบัติงานพยาบาลได้อย่างเต็มที่

Alberta Association of Registered Nurses (2005) ได้อธิบายถึงความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพว่า สิ่งที่มีผลต่อความพึงพอใจในงานได้แก่ ความมีอิสระในงาน ภาระหน้าที่ในงาน นโยบายองค์กร ตำแหน่งหน้าที่ ค่าตอบแทนและมนุษยสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน

สรุปได้ว่า ความพึงพอใจในงานเป็นสิ่งสำคัญในอันที่จะนำไปสู่คุณภาพในการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยหลายๆด้านซึ่งผู้บริหารทางการพยาบาลพึงตระหนักและนำไปเป็นพื้นฐานในการสร้างความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพเพื่อให้เกิดการคงอยู่ในวิชาชีพและในองค์กรต่อไป

การนำโปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงมาใช้ในหอผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยสนใจนำแนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในงานของ Slavitt et al. (1978) มาใช้ในการประเมินความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤตก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงด้วยการประเมิน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความเป็นอิสระในการทำงาน ด้านลักษณะงาน และด้านความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน เนื่องจากโปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง ทำให้พยาบาลวิชาชีพสามารถใช้ความคิดอิสระในการกำหนดกระบวนการทำงาน มีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินการพัฒนางาน การควบคุมคุณภาพการพยาบาล มั่นใจและภาคภูมิใจในงานที่ปฏิบัติเมื่อเกิดคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตและเกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี นอกจากนี้ยังใช้ความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ โดยการรวบรวมข้อมูล เพื่อประเมินปัญหา และตัดสินใจในการให้การพยาบาลผู้ป่วยภายใต้ขอบเขตของพยาบาลวิชาชีพได้อย่างครอบคลุม นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้เกิดการทำงานเป็นทีมและเกิดความร่วมมือในการทำงาน มีการประสานงาน ติดต่อสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยและบุคลากรอื่นๆในทีมสุขภาพ ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีความเชื่อถือไว้วางใจ และบรรยากาศในการทำงานอบอุ่นเป็นมิตร ระหว่างผู้ร่วมงานในการดูแลผู้ป่วยเป็นการสร้างบรรยากาศสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ดี ส่วนองค์ประกอบความพึงพอใจด้านค่าตอบแทน นโยบายขององค์กรและสถานภาพของวิชาชีพไม่ได้นำมาพิจารณา ซึ่งจะได้กล่าวถึง รายละเอียดในแต่ละปัจจัยที่เลือกศึกษา ดังนี้

1. ความเป็นอิสระในการทำงาน หมายถึงความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่ได้ใช้ความคิดอิสระในการตัดสินใจให้การปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง และได้รับการยอมรับ

2. ลักษณะงาน หมายถึงความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่ได้ใช้ความสามารถในการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง รวมทั้งรู้สึกว่างานที่ทำอยู่ เป็นงานที่ท้าทายความสามารถ

3. ความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน หมายถึงความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่มีโอกาสได้ติดต่อสัมพันธ์ทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการกับผู้ร่วมงานในการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง ระหว่างปฏิบัติงาน

เมื่อบุคลากรทางการพยาบาลมีความพึงพอใจในงานย่อมตั้งใจอย่างเต็มที่ที่จะปฏิบัติงานอย่างเต็มศักยภาพและพัฒนาคุณภาพการบริการทางการพยาบาลให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดความคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพและปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้องค์กรพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

3. ความผิดพลาดทางการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาลเป็นการให้บริการแก่ประชาชนตลอด 24 ชั่วโมงตลอดการบริการอาจมีความผิดพลาดได้ง่ายและความผิดพลาดนี้อาจมีผลที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ครอบครัว เพื่อนร่วมงาน ระบบ และวิชาชีพได้ กระบวนการจัดการและการพัฒนาคุณภาพ มีแนวคิดของการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยนั้น จะมีการประสานการดูแลโดยกระบวนการ 3 ด้าน คือ การจัดการในคลินิกที่เหมาะสม การบริหารความเสี่ยงที่ดีพอ และการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง

3.1 ความหมายของความผิดพลาดทางการพยาบาล

คุณภาพคือความเป็นเลิศ และสิ่งที่ดีที่สุด ซึ่งสิ่งที่ดีที่สุดของการบริการพยาบาลนั้นคำตอบมักจะได้จากผู้ใช้บริการ ดังนั้นสิ่งที่ต้องพิจารณาเป็นสำคัญ คือผลิตผล (Outcome) ผลิตผลของการบริการพยาบาลคือ ผลสุดท้ายหรือผลลัพธ์ของกระบวนการปฏิบัติ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น มีทั้งผลลัพธ์ที่พึงปรารถนา (Intended outcome) และผลลัพธ์ที่ไม่พึงปรารถนา (Adverse outcome) เช่น การเสียชีวิต การเจ็บป่วย ความพิการ ความไม่สุขสบายและความไม่พึงพอใจ ผลลัพธ์ที่พึงปรารถนาอาจเกิดขึ้นจากการไร้ความสามารถ (Incompetence) ความไม่พร้อมหรือความไม่พอ (Incompletely) ความไม่เข้ากัน (Incompatible) นอกจากนี้ยังเกิดจากความคลาดเคลื่อนในกระบวนการปฏิบัติ (Process error) และการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ (Communication failure) เป็นต้น (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2549)

วีณา จีระแพทย์และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ (2550) ได้ให้ความหมายของความผิดพลาดว่า เป็นการกระทำที่ไม่เป็นไปตามแผนที่วางไว้หรือตั้งใจไว้เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย (Aims) หรือการใช้แผนที่ไม่ถูกต้องและทำให้มีโอกาสเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ (Adverse event) ต่อผู้ป่วย

Medical Malpractice Attorney (2008) กล่าวว่า ความผิดพลาดทางการพยาบาลเป็นความผิดพลาดที่เกิดจากการให้บริการทางการพยาบาลอาจทำให้เกิดการบาดเจ็บหรือเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต

สรุปว่าความผิดพลาดทางการพยาบาลหมายถึง ความผิดพลาดที่เกิดจากการปฏิบัติการทางการพยาบาลซึ่งไม่ได้เป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ทำให้เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ซึ่งอาจทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ไม่คาดหวัง

3.2 สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดความผิดพลาดทางการพยาบาล

Clark (2003 อ้างถึงใน เพ็ญจันทร์ แสนประสานและคณะ, 2549) กล่าวว่า การป้องกันสาเหตุความผิดพลาดที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย เป็นสิ่งสำคัญที่องค์กรพยาบาลตระหนักและให้ความสำคัญ ซึ่งสาเหตุของความผิดพลาดที่สำคัญคือ

1. การจัดบุคลากรไม่เหมาะสม
2. การปฐมนิเทศและการฝึกอบรมไม่เพียงพอ
3. การประเมินสมรรถนะ (Competency) ไม่ดีพอ
4. การสร้างสภาพแวดล้อมในการทำงาน เช่น การยอมรับ ให้เกียรติ และแบ่งกระจายความรับผิดชอบ การสื่อสาร ระหว่างวิชาชีพไม่เหมาะสม

Gryna (2001 อ้างถึงใน เพ็ญจันทร์ แสนประสานและคณะ, 2549) กล่าวว่า สาเหตุของความผิดพลาดที่สำคัญมี 4 ประการ คือ

1. ความผิดพลาดจากความเผลอเรอ (Inadvertent error) ทั้งจากความไม่ตั้งใจและเจตนา ไม่สามารถคาดการณ์ได้ ควรจะป้องกันโดยเปลี่ยนวิธีการทำงาน พึ่งพาพนักงานน้อยลง ใช้เทคนิคการป้องกันการเผลอเรอ (Foolproof) เช่น การใช้หุ่นยนต์ หรือระบบอัตโนมัติต่างๆ หรือเปลี่ยนวิธีการทำงานให้พนักงานสามารถตั้งใจตลอดเวลา ใช้แม่แบบ (Template) เป็นหลักในการสับเปลี่ยนหน้าที่ ลดงานที่มีความล้า น่าเบื่อ เป็นต้น

2. ความผิดพลาดทางเทคนิค จากการที่เจ้าหน้าที่ขาดทักษะ หรือความรู้ ประสบการณ์ โดยตัวเจ้าหน้าที่ไม่ต้องการให้เกิดขึ้น หรือไม่เข้าใจว่าทำงานเพื่ออะไร หรืองานในขอบเขตของตนมีอะไรบ้าง ควรแก้ไขโดย ศึกษาสิ่งที่เกิดขึ้นแล้ว วิเคราะห์ความผิดพลาดอย่างสม่ำเสมอ หาวิธีการทำงานที่ดี และงานที่มีความผิดพลาดจำนวนมาก เปลี่ยนแปลงเทคโนโลยีในการทำงานเพื่อลดความผิดพลาด

3. ความผิดพลาดโดยความตั้งใจ ผู้กระทำทราบดีถึงความผิดพลาดนั้นโดยจงใจกระทำหรือดื้อรั้น ส่วนใหญ่เกิดจากการกระทำของฝ่ายจัดการ เช่น การกำหนดมาตรฐานที่แตกต่างกัน การพยายามแก้ปัญหาหน้างานของฝ่ายบริหาร เช่น การจัดให้ผู้ช่วยพยาบาลทำงานแทนพยาบาล เป็นต้น แก้ไขโดยการติดตามสร้างเกณฑ์การตรวจสอบได้ สร้างความสมดุลระหว่างคุณภาพต้นทุน การเพิ่มผลิตภาพ ติดตามตรวจสอบ สร้างระบบการมอบหมายงานที่ชัดเจน เป็นต้น

4. ความผิดพลาดจากการสื่อสาร มักพบได้บ่อยมากในการบริการรักษาพยาบาลอาจเกิดจากการลืม การละเลย หรือความคลาดเคลื่อนในการสื่อสาร ต้องมีการปรับปรุงย้ำเตือนผู้บริหารให้ติดตาม ตรวจสอบ และอธิบายอย่างระมัดระวังทั้งการสื่อสารภายในและภายนอก

วีณา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ (2550) ได้กล่าวถึง ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความผิดพลาด เกี่ยวข้องกับสาเหตุใหญ่ๆ 2 ด้าน ดังนี้

1. ปัจจัยภายในบุคคล (Endogenous factor or human factor) เป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นภายในตัวของบุคคลและมีโอกาสทำให้เกิดความผิดพลาด

1.1 ปัจจัยด้านบุคลากรทางสุขภาพ

บุคคลากรทางสุขภาพ คือ มนุษย์มีโอกาสผิดพลาดในการทำงานได้ (To err is human) ความผิดพลาดพบบ่อยในสถานการณ์ที่บุคลากรมีภาวะต่อไปนี้ ข้อจำกัดด้านความรู้และประสบการณ์ในงานที่ทำ ความเครียด ความง่วง ความเพลียและความอ่อนล้าขณะปฏิบัติหน้าที่ ตลอดจนการไม่ตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้แทนผู้ป่วย

1.2 ปัจจัยด้านผู้ป่วย

ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดความผิดพลาด ได้แก่ ผู้ป่วยในระยะวิกฤต ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยรุนแรง และทารกป่วยที่เกิดก่อนกำหนด

2. ปัจจัยภายนอกบุคคล (Exogenous factor) เป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นภายนอกตัวของบุคคลและมีโอกาสทำให้เกิดความผิดพลาด

2.1 ปัจจัยด้านระบบปฏิบัติการการดูแล (System operating care)

2.1.1 การปฏิบัติงานในที่มีอัตรากำลังของแพทย์-พยาบาลไม่เพียงพอต่อภาระงานการดูแลผู้ป่วย

2.1.2 รูปแบบการจัดบริการพยาบาลที่ปฏิบัติตามหน้าที่ (Functional nursing care delivery) และที่ปฏิบัติเป็นทีม (Team nursing care delivery) ซึ่งลดความสามารถของพยาบาลในการเข้าใจการเปลี่ยนแปลง การติดตามและการให้การดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายได้อย่างสมบูรณ์และอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เพิ่มความเสี่ยงต่อผู้ป่วยในการให้บริการที่ซ้ำซ้อน ล่าช้า หรือไม่ได้รับบริการและได้รับการรักษาผิดคน

2.1.3 รูปแบบการจัดบริการพยาบาลแบบใช้บุคลากรทางการพยาบาลที่มีทักษะต่างๆกัน (Staff skill mix) เช่น พยาบาล พยาบาลเทคนิค ร่วมกับผู้ช่วยคนไข้ และการหมุนเวียนพยาบาลใหม่เข้ามาปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย (Staff floating)

2.1.4 การไม่มีระบบที่ปรึกษา (Supervisor) ในงานที่ยากและต้องการคำปรึกษา

2.1.5 กระบวนการปฏิบัติงานหนึ่งอย่าง ที่หยิบจับโดยคนหลายคน (Handoff procedure) เช่น การบริหารยาฉีด ซึ่งดำเนินการโดยมีผู้รับคำสั่ง ผู้เตรียมและผู้ให้ยาเป็นพยาบาลคนละคนกัน การประกอบ ติดตั้งท่อวงจรเครื่องช่วยหายใจ ที่ใช้พยาบาลและหรือบุคลากรทางสุขภาพหลายคนร่วมกันทำ เป็นต้น

2.1.6 ลักษณะงานและการมอบหมายงานไม่เหมาะสมกับความพร้อมของบุคคล (ระดับความรู้หรือประสบการณ์ในงาน) เช่น มอบหมายงานที่ซับซ้อนให้แพทย์ พยาบาลจบใหม่หรือผู้ที่มีอายุงานนานแต่เพิ่งมาช่วยงานนั้นแทนชั่วคราว

2.1.7 ระบบปฏิบัติงานที่เพิ่มความเสี่ยงอื่นๆเช่น ระบบจัดเรียงและจัดเก็บการ์ด (Card) ยาที่ทำให้ตรวจสอบความถูกต้องได้ยาก และการจัดเก็บยาอันตรายบริเวณใกล้กับยาทั่วไป ตลอดจนการเก็บยาหลายประเภทและจำนวนมากไว้ในหอผู้ป่วย

2.2 ปัจจัยด้านอุปกรณ์การแพทย์

การใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ซับซ้อนในการใช้งาน ไม่ได้มาตรฐานชำรุดหรือไม่เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย ตลอดจนการขาดแคลนอุปกรณ์ที่จำเป็นในการปฏิบัติการรักษาพยาบาลที่ปลอดภัย

2.3 ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมและสถานการณ์

2.3.1 สถานการณ์ที่ทำให้บุคลากรถูกเบี่ยงเบนไปจากงานที่กำลังปฏิบัติเพื่อไปปฏิบัติงานอื่น เช่น การปฏิบัติงานหลายอย่างในเวลาเดียวกัน ซึ่งพบมากในช่วงของการรับส่งเวรและขณะกำลังปฏิบัติงานครึ่งๆกลางๆแต่ถูกขอใช้ช่วยงานอื่น

2.3.2 มีการเพิ่มขึ้นของภาระงานในการดูแลผู้ป่วยกะทันหัน โดยไม่มีบุคลากรเสริม (Patient acuity) ทำให้เกิดภาระงานมากเกินกำลัง มีเวลาไม่เพียงพอที่จะปฏิบัติงานได้อย่างรอบคอบ และไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้ทันท่วงที ซึ่งพบบ่อยในกรณีที่มีการรับผู้ป่วยใหม่และผู้ป่วยอื่นในหอผู้ป่วยมีอาการทรุดลงทันทีทันใด

2.3.3 สถานการณ์ที่มีความเหมือนและ/หรือคลายคลึง ได้แก่ การปฏิบัติงานกับผู้ป่วยฝาแฝด ผู้ป่วยมีชื่อ นามสกุลเหมือนหรือคล้ายกัน มีการเปลี่ยนตำแหน่งเตียง หรือห้องผู้ป่วยภายหลังคำสั่งการรักษา ใช้วัสดุหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีลักษณะหรือบรรจุพรรณเหมือนกันแต่ต่างคุณสมบัติหรือวัตถุประสงค์ต่างกัน ได้แก่ การใช้เครื่องให้สารละลาย (Infusion pump) เครื่องเดียวกัน เพื่อให้ยาทางหลอดเลือดหรือผลิตภัณฑ์เลือดในอัตราการไหลเร็ว สลับกับการให้

สารน้ำที่ให้ในอัตราการไหลช้า เพิ่มความเสี่ยงต่อการลืมปรับเปลี่ยนอัตราการไหล และการให้ยาที่มีชื่อและบรรจุภัณฑ์คล้ายคลึงกันในหอผู้ป่วย

2.3.4 สถานการณ์ที่แตกต่างจากสิ่งที่ปฏิบัติเป็นกิจวัตรในหอผู้ป่วย ได้แก่ การสั่งยา สารน้ำ ผลิตภัณฑ์เลือด ที่เป็นคำสั่งชั่วคราว เช่น คำสั่งวันเดียว และคำสั่งที่ให้ไม่ตรงตามเวลาที่ปฏิบัติเป็นกิจวัตร เช่น เมื่อรับผู้ป่วยใหม่ เปลี่ยนคำสั่งยาระหว่างวัน หรือให้ยาฉุกเฉิน

2.3.5 สถานการณ์ที่ทำให้ยากต่อการสังเกตและการจดจ่อในการปฏิบัติงาน เช่น สภาพแวดล้อมที่มีแสงสว่างไม่เพียงพอต่อการสังเกตความผิดปกติของผู้ป่วย อุณหภูมิในหอผู้ป่วยที่สูงหรือต่ำเกิน และระดับเสียงภายในหอผู้ป่วยดังมาก

2.4 ปัจจัยด้านการสื่อสารระหว่างบุคคล

การสื่อสารระหว่างแพทย์กับพยาบาลทั้งในลักษณะของการสื่อสารด้วยวัจนะภาษา (Verbal communication) เช่น คำสั่งการรักษาทางโทรศัพท์ และการสื่อสารด้วยอวัจนะภาษา (Non-verbal communication) ที่พบบ่อยคือการเขียนด้วยลายมือไม่ชัดเจน อ่านยาก การใช้คำย่อในคำสั่งที่ไม่เป็นสากล ตลอดจนคำสั่งที่ไม่มีการส่งต่อระหว่างบุคลากรในทีม เช่น มีคำสั่งการรักษาแต่วางไว้โดยไม่บอกบุคลากรในทีม และการที่หัวหน้าทีมพยาบาลรับคำสั่งการเปลี่ยนแปลงแต่ไม่ได้ถ่ายทอดให้กับผู้ปฏิบัติ

3.3 แนวคิดภาระงานทางการพยาบาลและความปลอดภัยผู้ป่วย

Carayon and Gurses (2005 อ้างถึงใน วีณา จีระแพทย์และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2550) ได้พัฒนากรอบแนวคิดนี้ เพื่ออธิบายสาเหตุในงาน ผลที่ตามมาและผลลัพธ์ของภาระงานทางการพยาบาลต่อคุณภาพการดูแลและความปลอดภัยของผู้ป่วยวิกฤต คุณภาพชีวิตในการทำงาน (Quality of work life) ของพยาบาล และผลลัพธ์ด้านการเงิน ที่ได้จากข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งมาจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิฤตกับภาระงานของพยาบาลตั้งแต่ปี ค.ศ. 1970 ถึงปี ค.ศ. 2005 พบว่าปัจจัยเชิงสาเหตุที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานประกอบด้วยปัจจัยด้านคน ได้แก่ ขาดสมรรถนะและประสบการณ์ และปัจจัยด้านระบบองค์กร ได้แก่ ปัญหาของอุปกรณ์การแพทย์เสื่อมสภาพและไม่เพียงพอ และการสื่อสารระหว่างแพทย์กับพยาบาล ซึ่งภาระงานทางการพยาบาลที่มากเกิน เป็นปัจจัยใหญ่ที่มีผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต ทำให้พยาบาลมีเวลาไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสมและส่งผลต่อประสิทธิภาพการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยทำให้เกิดอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งร้อยละ 81 มีสาเหตุมาจากปัญหาการขาดแคลนพยาบาลและร้อยละ 19 เกิดจากการไม่สามารถตอบสนองต่อการเพิ่มขึ้นของภาระงานในหอผู้ป่วยได้ทัน ซึ่งภาระงานของพยาบาลมีความสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ดังนี้

1. ภาระงานระดับหอผู้ป่วย (Unit level) กำหนดจากสัดส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วยที่ให้การดูแล (Nurse/patient ratio) โดยให้พิจารณาคุณลักษณะด้านคุณวุฒิ และความอาวุโสในงานตลอดจนประเภทของพยาบาลที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วย (Regular staff) และการใช้พยาบาลจากแหล่งอื่นมาปฏิบัติงานเป็นครั้งคราว (Pool nurse) ในการกำหนดอัตรากำลังพยาบาลประจำเวร ทั้งนี้พบว่า การกำหนดสัดส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วย โดยพยาบาลส่วนใหญ่มาจากแหล่งอื่น แต่มาปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นครั้งคราว ทำให้เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ต่อผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต

2. ความยากง่ายของภาระงาน (Job level) พิจารณาจากความยากง่ายของงานในการปฏิบัติ ความคงที่ในลักษณะงานที่ต้องรับผิดชอบ ไม่เป็นงานที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากและบ่อยในช่วงเวลาหนึ่งๆตลอดจนสภาพในการทำงานที่ดี

3. ภาระงานระดับผู้ป่วย (Patient level) พิจารณาจากความรุนแรงของโรคและสภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับความต้องการการพยาบาลและเวลาที่พยาบาลต้องใช้ในการให้บริการผู้ป่วยแต่ละราย

4. ภาระงานระดับสถานการณ์ (Situation level) พิจารณาภาระงานจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในระบบย่อยของการปฏิบัติงาน (Microsystem) และสิ่งที่เกิดชั่วคราวในการปฏิบัติงานของพยาบาล ที่มีผลก่อให้เกิดสิ่งต่อไปนี้ คือต้องเอาใจใส่พิเศษ ต้องการความพยายามและทำให้เกิดความเครียดในการปฏิบัติ เพิ่มปริมาณงาน และต้องการเวลาทำงานมากขึ้น ตัวอย่างสถานการณ์ในระบบย่อยที่มีผลต่อการเพิ่มภาระงานระดับสถานการณ์คือ การย้ายและการรับย้ายผู้ป่วยระหว่างหอผู้ป่วย การเปลี่ยนเวร การที่พยาบาลรับผิดชอบผู้ป่วยติดเชื้อที่อยู่ในห้องแยกคนเดียวต้องถอดกาวน์ และเสียเวลาออกจากห้องแยก เพื่อไปค้นหาเวชภัณฑ์ที่ต้องใช้กับผู้ป่วย แล้วสวมกาวน์กลับเข้าไปในห้องใหม่

การลดอุปสรรคในการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพและปลอดภัยต่อผู้ป่วยจึงขึ้นกับความสามารถในการชี้บ่งและลดปัจจัยอุปสรรคต่างๆในภาระงานของพยาบาล โดยเน้นการออกแบบระบบที่มุ่งลดหรือขจัดสาเหตุเฉพาะ ที่ทำให้ภาระงานทางการพยาบาลเพิ่มมากขึ้น โดยไม่จำเป็นและเพิ่มความเครียดของพยาบาล ตลอดจนการปฏิบัติงานประเภทภาระงานแบบแอบแฝง (Hinder performance) ในงานประจำซึ่งไม่ได้รับการนำมานับเป็นภาระงานของพยาบาล

3.4 ความผิดพลาดที่เกิดจากสายหรือท่อที่ต่อจากร่างกายเลื่อนหลุด

ความผิดพลาดที่เกิดจากสายหรือท่อที่ต่อจากร่างกายเลื่อนหลุดมักเป็นความผิดพลาดที่เกิดขึ้นในหอผู้ป่วยใน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหอผู้ป่วยวิกฤตมีการเก็บข้อมูลอัตราการเลื่อนหลุด

ของสายหรือท่อที่ต่อจากร่างกายเพื่อเป็นตัวชี้วัดสำคัญในหน่วยงานที่บ่งบอกถึงคุณภาพการบริการทางการพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วย

ความผิดพลาดที่เกิดจากสายหรือท่อที่ต่อจากร่างกายเลื่อนหลุด ในหอผู้ป่วยวิกฤต แบ่งเป็นชนิดของสายหรือท่อ ต่างๆดังนี้ (คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลสมิติเวช, 2550)

1. สายยางสำหรับให้อาหาร (Nasogastric tube และ Gastrostomy tube)
2. ท่อสำหรับช่วยหายใจ (Endotracheal tube และ Tracheostomy tube)
3. สายสวนต่างๆ ที่ออกจากร่างกาย (Catheter)
4. สายหรือท่ออื่นๆ ที่ออกจากร่างกาย

ความผิดพลาดที่เกิดจากการสายหรือท่อที่ต่อจากร่างกายเลื่อนหลุดของผู้ป่วย ในหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่า ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเลื่อนหลุดของสายหรือท่อต่างๆ มีดังนี้ (คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลสมิติเวช, 2550)

1. การฟ้องร้องของผู้ป่วยและญาติ
2. การสูดสำลักอาหารจากการดึงสายยางสำหรับให้อาหาร
3. การดูแลรักษาล่าช้าทำให้ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น
4. เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดึงสายหรือท่อต่างๆทำให้อัตราการตายสูงขึ้น
5. สูญเสียทรัพยากรและค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น

จากการศึกษาปัญหาดังกล่าวพบว่า สาเหตุของการเลื่อนหลุดของสายหรือท่อต่างๆ มีดังนี้ (คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลสมิติเวช, 2550)

1. บุคลากรขาดการเฝ้าระวังเนื่องจากประสบการณ์ในการทำงานน้อย
2. ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือเนื่องจากสภาวะที่บกพร่องทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์
3. บุคลากรทำกิจกรรมอื่นทำให้ไม่สามารถเฝ้าระวังผู้ป่วยได้
4. บุคลากรขาดการประเมินความเสี่ยงในการดึงสายหรือท่อที่ต่อจากร่างกายออก

การคำนวณอัตราความผิดพลาดที่เกิดจากสายหรือท่อที่ต่อจากร่างกายเลื่อนหลุด ดังนี้ (คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลสมิติเวช, 2550)

$$\frac{\text{จำนวนครั้งของความผิดพลาดที่เกิดจากสายหรือท่อที่ต่อจากร่างกายเลื่อนหลุด X 1000}}{\text{จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วย}}$$

จากที่ได้กล่าวมาแล้วสรุปได้ว่าความผิดพลาดที่เกิดจากสายหรือท่อที่ต่อจากร่างกายเลื่อนหลุด เป็นความผิดพลาดที่ทำให้เกิดการสูญเสียและเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์ต้องการลดอัตราความผิดพลาดจากการที่สายหรือท่อที่ต่อ

จากร่างกายผู้ป่วยเลื่อนหลุด ประกอบด้วย สายยางสำหรับให้อาหาร ท่อสำหรับช่วยหายใจ สายสวนต่างๆที่เข้าสู่ร่างกายและสายหรือท่ออื่นๆที่ออกจากร่างกาย โดยใช้โปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงซึ่งเป็นแนวทางหนึ่งในการเพิ่มคุณภาพบริการการดูแลผู้ป่วยหอผู้ป่วยวิกฤต

3.5 ความผิดพลาดที่เกิดจากการบริหารยาของพยาบาล

การให้ยาเป็นวิธีการสำคัญในการรักษา ยาแต่ละอย่างมีที่ใช้และลักษณะการใช้แตกต่างกัน เกือบทุกชนิดมีโทษ หากใช้ไม่ถูกต้องไม่เหมาะสม บางอย่างมีโทษมากถึงเป็นเหตุให้เสียชีวิตได้ การให้ยามีขั้นตอนต่างๆมาก สำหรับผู้ป่วยที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนั้น ขั้นตอนมีตั้งแต่แพทย์สั่งใช้ยา พยาบาลรับคำสั่ง การจัดขอยา หรือซื้อยาจากเภสัชกรประจำห้องยา ซึ่งจัดยาให้แล้วพยาบาลรับยาไปจัด เพื่อมอบให้ผู้ป่วยตามเวลาที่กำหนด สำหรับผู้ป่วยนอก แพทย์สั่งใช้ยาในใบสั่งยา มอบให้ผู้ป่วยไปส่งที่ห้องจ่ายยา มีเจ้าหน้าที่และเภสัชกร จัดนับยา เขียนฉลากและวิธีใช้ แล้วมอบให้ผู้ป่วยไปใช้ตามคำแนะนำในฉลาก ซึ่งขั้นตอนดังกล่าวนี้ทำให้การให้ยาผิดพลาดจึงเกิดขึ้นได้และจัดว่าเป็นความเสี่ยงอย่างหนึ่ง ที่อาจเกิดมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับคุณภาพของบุคลากรและระบบ การให้ยาผิดอาจเป็นการให้ยาผิดชนิด ผิดเวลา ผิดคน (ผู้ป่วย) หรือไม่ได้ให้เมื่อถึงกำหนดเวลาต้องให้

ธิดา นิงสานนท์, สุวัฒนา จุฬาวัฒนทลและปรีชา มนทกานติกุล (2549) อธิบายว่าสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความผิดพลาดจากการบริหารยาได้แก่

1. การไม่เข้าใจถึงแนวทางปฏิบัติในการให้ยาของโรงพยาบาล
2. การมีภาระงานมากเกิดกำลัง
3. การขาดการสื่อสารระหว่างผู้สั่งใช้ยา ผู้จ่ายยา ผู้ให้ยาและผู้ป่วยในกระบวนการใช้ยา
4. การขาดระบบการตรวจสอบซ้ำจากบุคคลอื่นเมื่อมีการเตรียมยาในหอผู้ป่วย
5. การสั่งยาของผู้สั่งใช้ยาด้วยลายมือที่อ่านไม่ออก
6. การจัดการระบบยาที่ดี

เพ็ญจันทร์ แสนประสานและคณะ (2549) ได้ให้ความหมายของความคลาดเคลื่อนทางยา ว่าเป็นเหตุการณ์ที่ป้องกันได้ซึ่งอาจจะเป็นสาเหตุหรือนำไปสู่การใช้ยาที่ไม่เหมาะสม หรือเกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย ในขณะที่ยานั้นอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ให้บริการผู้ป่วยหรือผู้บริโภค เหตุการณ์ดังกล่าวอาจจะเกี่ยวกับการปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพ ผลิตภัณฑ์ กระบวนการ และระบบ อันได้แก่ การสั่งใช้ การสื่อสารคำสั่ง การเขียนฉลาก บรรจุ ตั้งชื่อผลิตภัณฑ์ การผสม การจ่าย การกระจาย การให้ยา หรือการบริหารยา การให้ข้อมูล การติดตาม และการใช้ ซึ่งขั้นตอนการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา เกิดได้ใน 5 ขั้นตอนดังนี้

1. ความคลาดเคลื่อนจากการสั่งยา (Prescribing error) ได้แก่ การเลือกใช้ยาผิด โดยอาจอยู่ในลักษณะ ผิดข้อบ่งใช้ มีข้อห้ามบ่งใช้ มีประวัติแพ้ยาที่สั่ง สั่งยาซ้ำซ้อน สั่งยาที่เกิดปฏิกริยาระหว่างกัน เลือกขนาดยาผิด เลือกรูปแบบยาผิด สั่งจำนวนยาผิด เลือกวิถีทางให้ยาผิด สั่งยาผิดความแรง สั่งอัตราการให้ยาผิด สั่งให้ยาผู้ป่วยผิดคน เขียนคำสั่งใช้ยาไม่ครบถ้วน เขียนไม่ชัดเจน ลายมืออ่านไม่ออก ใช้ตัวย่อไม่สากล การไม่ระบุความแรง ความเข้มข้นและความถี่ของการใช้ยา

2. ความคลาดเคลื่อนจากการคัดลอกคำสั่งการให้ยา (Transcribing error) ได้แก่ การไม่ได้คัดลอกคำสั่ง การคัดลอกคำสั่งผิด

3. ความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยา (Dispensing error) ได้แก่ จ่ายยาผิดคน จ่ายยาผิดตัวยา จ่ายผิดความแรง จ่ายผิดรูปแบบตัวยา จ่ายผิดจำนวนยา ฉลากยาผิด (วิธีการใช้ยา ชื่อผู้ป่วย ชื่อยา หรือไม่ระบุวิธีการใช้ยา ชื่อผู้ป่วย ชื่อยา) จ่ายยาหมดอายุ ยาเสื่อมสภาพ จ่ายยาที่ไม่มีคำสั่ง และการเตรียมยาผิด

4. ความคลาดเคลื่อนจากการให้ยา (Administration error) ได้แก่ ให้ยาผิดคน ให้ยาผิดเวลา ให้ผิดจำนวนหรือขนาด ผิดชนิด ผิดวิถีทางให้ยา ผิดรูปแบบยา ลืมให้ยา ให้ยาซ้ำ ผิดเทคนิคการให้ยา ให้ยาหมดอายุหรือเสื่อมสภาพ เตรียมยาผิดหรือจัดยาผิด ไม่ได้บันทึกการให้ยา และการบันทึกยาผิด

5. ความคลาดเคลื่อนจากการใช้ยาของผู้ป่วย (Compliance error) ได้แก่ พฤติกรรมผู้ป่วยใช้ยาไม่เป็นไปตามความตั้งใจในการสั่งใช้ยา

วีณา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ (2550) ได้กล่าวถึงความหมายของความคลาดเคลื่อนทางยา ว่าเป็นเหตุการณ์ใดๆที่เป็นสาเหตุหรือนำไปสู่การให้ยาที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ในขณะที่ยาดังกล่าวอยู่ในความควบคุมของบุคลากรทางการแพทย์หรือผู้ใช้บริการ เหตุการณ์เหล่านั้นอาจเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติทางวิชาชีพ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ กระบวนการและระบบ ตั้งแต่การสั่งจ่ายยา การสื่อสารคำสั่ง การจัดทำฉลาก การบรรจุ การเรียกชื่อ การเตรียม การแจกจ่าย การบริหารยา การให้ความรู้และการติดตาม ซึ่งความคลาดเคลื่อนของยาจำแนกตามกระบวนการบริหารยาดังนี้

1. ความคลาดเคลื่อนในคำสั่งยา (Prescribing error)
2. ความคลาดเคลื่อนในการแปลงคำสั่ง (Transcribing error)
3. ความคลาดเคลื่อนในการจัดเตรียมยา (Dispensing error)
4. ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาสู่ผู้ป่วย (Administration error)
5. ความคลาดเคลื่อนในการเฝ้าระวังและการติดตามหลังการให้ยา (Monitoring error)

ความผิดพลาดที่เกิดจากการบริหารยาของพยาบาล ในหอผู้ป่วยวิกฤตแบ่งตามประเภทของความผิดพลาดในการบริหารยาดังนี้ (คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลสมิติเวช, 2550)

1. Drug allergy หมายถึง ความผิดพลาดที่เกิดจากการให้ยาแก่ผู้ป่วยที่ทราบว่าแพ้ยา

2. Drug interaction หมายถึง ความผิดพลาดที่เกิดจากการให้ยาที่มีหลักฐานชัดว่าจะเกิดปฏิกิริยาระหว่างกันของยา

3. Preparation หมายถึง ความผิดพลาดที่เกิดจากการเตรียมยา

4. Omission error หมายถึง ความผิดพลาดที่เกิดจากการให้ยาไม่ครบ

5. Wrong patient หมายถึง ความผิดพลาดที่เกิดจากการให้ยาผู้ป่วยผิดคน

6. Wrong dose error หมายถึง ความผิดพลาดที่เกิดจากการให้ยาผิดขนาด

7. Wrong drug error หมายถึง ความผิดพลาดที่เกิดจากการให้ยาผิดชนิด

8. Wrong route error หมายถึง ความผิดพลาดที่เกิดจากการให้ยาผิดทาง

9. Wrong time error หมายถึง ความผิดพลาดที่เกิดจากการให้ยาผิดเวลา

10. Extra-dose error หมายถึง ความผิดพลาดที่เกิดจากการให้ยามากกว่าจำนวนครั้งที่สั่ง

11. Wrong rate of administration error หมายถึง ความผิดพลาดที่เกิดจากการให้ยาในอัตราเร็วที่ผิด

12. Wrong technique error หมายถึง ความผิดพลาดที่เกิดจากการให้ยาผิดเทคนิค

13. Wrong dosage-form error หมายถึง ความผิดพลาดที่เกิดจากการให้ยาผิดรูปแบบยา

14. Wrong document หมายถึง ความความผิดพลาดที่เกิดจากการบันทึก

15. Monitoring error หมายถึง ความผิดพลาดที่เกิดจากการขาดการติดตามผลหรืออาการผิดปกติ

การคำนวณอัตราความผิดพลาดที่เกิดจากการบริหารยาของพยาบาล ดังนี้ (คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลสมิติเวช, 2550)

$$\frac{\text{จำนวนครั้งของความผิดพลาดที่เกิดจากการบริหารยาของพยาบาล} \times 1000}{\text{จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วย}}$$

กล่าวได้ว่า ความคลาดเคลื่อนทางยา เป็นเหตุการณ์ที่ป้องกันได้ซึ่งอาจจะเป็นสาเหตุหรือนำไปสู่การใช้ยาที่ไม่เหมาะสม หรือเกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย นับว่าเป็นปัญหาสำคัญ สาเหตุทั่วไปพบว่าเกิดจากการขาดความรู้ การทำงานคร่อมหน้าที่ โดยการไม่ปฏิบัติงานในหน้าที่ของตนเอง แต่ปฏิบัติงานในหน้าที่ของผู้อื่น ขาดระบบการป้องกันความปลอดภัย การสื่อสารไม่ดีพอ การบริหาร

ยาเป็นกระบวนการทางการปฏิบัติการพยาบาลที่มีความสำคัญจะต้องมีการจัดการเพื่อให้มีคุณภาพ โดยต้องทำให้เกิดความครอบคลุมในด้านต่างๆ เป็นการปฏิบัติที่มีมาตรฐานอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลที่มีความทันสมัย ปรับปรุงอยู่ตลอดเวลา และสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิกที่เกิดขึ้น และมีการบริหารทรัพยากรอย่างคุ้มค่า ทำให้เกิดผลลัพธ์พึงประสงค์และประกันความผิดพลาด หรือความเสี่ยงต่างๆตลอดจนกระบวนการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นการการปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยา เพื่อป้องกันการบริหารยาผิดพลาดจึงเป็นเรื่องสำคัญและถือเป็นความรับผิดชอบของพยาบาล จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับพยาบาลในการเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดในขณะที่มีการบริหารยา ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ต้องการลดอัตราความผิดพลาดจากการบริหารยา ประกอบด้วย ความผิดพลาดที่เกิดจากการให้ยาแก่ผู้ป่วยที่ทราบว่าแพ้ยา (Drug allergy) ความผิดพลาดที่เกิดจากการให้ยาที่มีหลักฐานชัดว่าจะเกิดปฏิกิริยาระหว่างกันของยา (Drug interaction) ความผิดพลาดที่เกิดจากการเตรียมยา (Preparation) ความผิดพลาดที่เกิดจากการให้ยาไม่ครบ (Omission error) ความผิดพลาดที่เกิดจากการให้ยาผู้ป่วยผิดคน (Wrong patient) ความผิดพลาดที่เกิดจากการให้ยาผิดขนาด (Wrong dose error) ความผิดพลาดที่เกิดจากการให้ยาผิดชนิด (Wrong drug error) ความผิดพลาดที่เกิดจากการให้ยาผิดทาง (Wrong route error) ความผิดพลาดที่เกิดจากการให้ยาผิดเวลา (Wrong time error) ความผิดพลาดที่เกิดจากการให้ยามากกว่าจำนวนครั้งที่สั่ง (Extra-dose error) ความผิดพลาดที่เกิดจากการให้ยาในอัตราเร็วที่ผิด (Wrong rate of administration error) ความผิดพลาดที่เกิดจากการให้ยาผิดเทคนิค (Wrong technique error) ความผิดพลาดที่เกิดจากการให้ยาผิดรูปแบบยา (Wrong dosage-form error) ความความผิดพลาดที่เกิดจากการบันทึก (Wrong document) และ ความผิดพลาดที่เกิดจากการขาดการติดตามผลหรืออาการผิดปกติ (Monitoring error) โดยพัฒนาโปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงซึ่งเป็นแนวทางหนึ่งในการเพิ่มคุณภาพบริการการดูแลผู้ป่วยหอผู้ป่วยวิกฤต

4. แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับทีแคบ (Transforming Care At the Bedside หรือ TCAB)

4.1 กิจกรรมการดูแลผู้ป่วย

4.1.1 ความหมายของกิจกรรมการพยาบาล

วีณา จีระแพทย์ (2544) ได้กล่าวว่า กิจกรรมการพยาบาลเป็นการกระทำที่ตอบสนองต่อการวินิจฉัยทางการพยาบาลเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ต้องการ

พัชรินทร์ สรไชยเมธา (2545) กล่าวว่า กิจกรรมการพยาบาล หมายถึง เป็นกิจกรรมที่บุคลากรทางการพยาบาลปฏิบัติให้กับผู้ป่วย และครอบครัว ขณะที่ผู้ป่วยอยู่ใน

โรงพยาบาลตามความต้องการของผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ โดยใช้กระบวนการทางการพยาบาล และกิจกรรมที่ส่งผลสนับสนุนให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปได้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร (2550) กล่าวว่า กิจกรรมการพยาบาลหมายถึง กิจกรรมการพยาบาลโดยตรงและโดยอ้อมที่บุคคลากรพยาบาลให้บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วย โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี ฟื้นจากสภาพการเจ็บป่วยและรอดพ้นภาวะอันตรายจากการเจ็บป่วย

Scherubel and Minnick (1994) ให้ความหมายของกิจกรรมการพยาบาลว่า เป็นกิจกรรมที่บุคลากรพยาบาลปฏิบัติต่อผู้ป่วย ขณะที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาในโรงพยาบาล ตามความต้องการของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม

Alabama State Nurses' Association (2004) กล่าวถึงความหมายของกิจกรรมการพยาบาลว่า เป็นการปฏิบัติการพยาบาลโดยบุคลากรพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยโดยเป็นการดูแลทั้งโดยตรงและโดยอ้อม

สรุปได้ว่า กิจกรรมการพยาบาลหมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลให้กับผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย ตามความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ซึ่งได้แก่การดูแลทั้งโดยตรงและโดยอ้อม

4.1.2 แนวคิดและการจำแนกกิจกรรมการพยาบาล

Connor et al. (1961 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2550) ได้จำแนกกิจกรรมการพยาบาลเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มที่ 1 กิจกรรมที่มีผลงาน (Productive activity) แบ่งเป็น 5 กลุ่มย่อย

1.1 การพยาบาลโดยตรง (Direct patient care) หมายถึงกิจกรรมการพยาบาลที่กระทำโดยตรงกับผู้ป่วย

1.2 การพยาบาลโดยอ้อม (Indirect patient care) หมายถึงกิจกรรมการพยาบาลที่ไม่ได้กระทำโดยตรงกับผู้ป่วย แต่มีผลให้การพยาบาล โดยตรงมีความสมบูรณ์ มีผลดีต่อผู้ป่วยและครอบครัว

1.3 งานเอกสาร (Paperwork)

1.4 การติดต่อสื่อสาร (Communication)

1.5 กิจกรรมอื่นๆ เช่นการติดตามดูแลผู้ป่วยที่เคลื่อนย้ายไปตรวจวินิจฉัยจากโรงพยาบาลอื่น

2. กลุ่มที่ 2 กิจกรรมที่ไม่มีผลงาน (Non-productive activities or personal time) หมายถึง กิจกรรมต่างๆที่เกี่ยวกับเรื่องส่วนตัวของบุคลากรพยาบาล ไม่เกี่ยวข้องกับงานในหน้าที่

Vanputte et al. (1985 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2550) ได้จำแนกกิจกรรมการพยาบาลออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 เวลาให้การพยาบาลโดยตรง (Direct time) หมายถึง เวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมที่กระทำโดยตรงกับผู้ป่วยและหรือครอบครัว

กลุ่มที่ 2 เวลาให้การพยาบาลอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย (Other time) หมายถึง เวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมที่ไม่ได้กระทำโดยตรงกับผู้ป่วย แต่เป็นกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมให้การพยาบาลโดยตรงมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

กลุ่มที่ 3 เวลาที่เกี่ยวข้อง กับหน่วยงาน (Unit related time) หมายถึง เวลาที่ใช้การปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับงานในหน่วยงาน ซึ่งเป็นงานที่ไม่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลโดยตรง

กลุ่มที่ 4 เวลาส่วนบุคคล (Personal time) หมายถึงเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมส่วนตัวเช่น เวลาพักรับประทานอาหาร หรือเวลาที่ใช้กระทำกิจธุระส่วนตัวอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับงานในหน้าที่

Urden and Roode (1997) ได้ให้แนวคิดของกิจกรรมการพยาบาลว่าประกอบด้วย 4 กิจกรรมดังนี้

1. กิจกรรมการพยาบาลโดยตรง หมายถึง กิจกรรมที่บุคลากรทางการพยาบาลปฏิบัติให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล เช่น การดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน การช่วยเหลือเคลื่อนย้ายผู้ป่วย รวมถึงการฝึกผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆที่จำเป็น การปฏิบัติการรักษาพยาบาลและการให้ยาประเภทต่างๆ การสังเกต และการตรวจวัดสัญญาณชีพ การอธิบาย การสอน การสื่อสารต่างๆกับผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการประคับประคองทางด้านจิตใจ การเยี่ยมตรวจเพื่อติดตามผลการพยาบาล การรับใหม่ การจำหน่าย การเยี่ยมบ้าน และการส่งผู้ป่วยไปตรวจรักษา หรือส่งผู้ป่วยไปฝึกกิจกรรมในหน่วยงานอื่นนอกหอผู้ป่วย

2. กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลทั้งหมดที่ไม่ได้กระทำโดยตรงต่อผู้ป่วย และครอบครัว แต่มีผลให้การพยาบาลโดยตรงมีความสมบูรณ์หรือมีผลดีต่อตัวผู้ป่วย และครอบครัว เช่น การสื่อสารประสานงานทีมสหสาขา การรายงาน การปรึกษา การเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือเพื่อการดูแลรักษาพยาบาล

3. กิจกรรมงานที่เกี่ยวกับหน่วยงาน หมายถึง กิจกรรมที่สัมพันธ์กับการบริหารจัดการโดยทั่วไปของหน่วยงาน เพื่อให้หน่วยงานมีความพร้อมที่จะให้บริการได้อย่างต่อเนื่องตลอดเวลา กิจกรรมเหล่านี้ไม่เกี่ยวข้องไม่มีผลกับการดูแลผู้ป่วยโดยตรง เช่น งานธุรการ การทำ

ความสะอาด การจัดการด้านวัสดุครุภัณฑ์ การตรวจสอบเครื่องมือเครื่องใช้ การฝึกอบรม การประชุมปรึกษา การประกันคุณภาพ การนิเทศสอนงาน หรือการตรวจสอบงานวิชาการ

4. กิจกรรมการทำบันทึกเอกสาร หมายถึง ทุกกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบันทึก การทบทวนเอกสารรายงานต่างๆรวมทั้งการทบทวนข้อมูลผู้ป่วยเพื่อการประเมินผลลัพธ์ของการดูแล และการลงบันทึกข้อมูลหรือเขียนรายงานต่างๆ

Upenieks et al. (2007) ได้จำแนกกิจกรรมการพยาบาลออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กิจกรรมที่เพิ่มคุณค่าในการดูแล ซึ่งประกอบด้วย

1.1 การดูแลโดยตรง (Direct care) ได้แก่ การทำหัตถการข้างเตียง การประเมินผู้ป่วย การวัดสัญญาณชีพ การให้ยา การทำแผล การเฝ้าสังเกตอาการผู้ป่วย การสอนผู้ป่วย การรับใหม่ การจำหน่าย การสื่อสารกับผู้ป่วย การสื่อสารกับทีม การช่วยผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวัน

1.2 การดูแลโดยอ้อม (Indirect care) ได้แก่ การบริหารยา การเขียนบันทึกการพยาบาล การทบทวนการรายงาน การสอน การสื่อสารระหว่างทีมการทำงาน การสื่อสารกับครอบครัวของผู้ป่วย การตรวจเยี่ยมการให้การพยาบาล การประชุมปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย

2. กิจกรรมที่ไม่เพิ่มคุณค่าในการดูแล ซึ่งประกอบด้วย

2.1 กิจกรรมส่วนบุคคล ได้แก่ การรับประทานอาหาร การรับประทานอาหารว่าง

2.2 กิจกรรมที่สูญเสียเวลาโดยไม่จำเป็น ได้แก่ การดูแลอุปกรณ์และบุคลากรอื่นๆ การซ่อมเครื่องมือ ระยะเวลารอคอย การรอคอยโทรศัพท์ กิจกรรมอื่นๆที่ไม่เป็นประโยชน์

2.3 กิจกรรมที่มีความจำเป็น ได้แก่ การเขียนบันทึก การบันทึกในเวชระเบียน การจัดการเอกสารต่างๆ การรับคำสั่ง การเขียนแผนการพยาบาล การบันทึกเอกสารเกี่ยวกับยา การบันทึกเอกสารเกี่ยวกับการรับใหม่และจำหน่าย เอกสารอื่นๆ

2.4 การดูแลโดยอ้อม (Indirect care) ได้แก่ การประกาศเรียกทีมการดูแล การเรียกขอความช่วยเหลือ การดูแลเวชภัณฑ์ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

2.5 กิจกรรมการบริหาร (Administrative activities) ได้แก่ การใส่ข้อมูลในคอมพิวเตอร์ การฝึกปฏิบัติ การประชุมทีม

4.2 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโดยตรง

American Nurses Association (2007) ได้ให้ความหมายของการดูแลผู้ป่วยโดยตรง (Direct patient care) ว่าเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่บุคลากรทางการพยาบาลปฏิบัติต่อ

ผู้ป่วยโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และกิจกรรมที่ไม่ได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยแต่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย

1. การบริหารยา
2. การให้การรักษาพยาบาล
3. การตรวจเยี่ยมทางการพยาบาล
4. การรับผู้ป่วยใหม่ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การจำหน่ายผู้ป่วย
5. การสอนและแนะนำผู้ป่วย
6. การสื่อสารกับผู้ป่วย
7. การสื่อสารระหว่างทีมการดูแลผู้ป่วย
8. การบันทึกเอกสาร
9. การวางแผนการพยาบาล

Upenieks et al. (2007) ให้แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโดยตรงว่า เป็นการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วย โดยสามารถดูได้จากเวลาที่พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงและสร้างประโยชน์ให้กับผู้ป่วยมากที่สุด

Robert Wood Johnson Foundation and the Institute for Healthcare Improvement (2008) กล่าวถึง การให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงและการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงว่า เมื่อให้เวลาในการปฏิบัติการพยาบาลข้างเตียงมากขึ้น เป็นการเพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยและยังทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวพึงพอใจมากขึ้น

สรุปได้ว่า การดูแลผู้ป่วยโดยตรง หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่บุคลากรทางการพยาบาลปฏิบัติต่อผู้ป่วยข้างเตียงโดยตรงมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และกิจกรรมเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเมื่อพยาบาลให้เวลาในการดูแลผู้ป่วยโดยตรงและให้การดูแลผู้ป่วยข้างเตียงมากจะส่งผลให้เพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย

ในปัจจุบันระบบบริการสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ซึ่งทุกองค์กรถือว่าความปลอดภัยของผู้ป่วยและคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยมีความสำคัญอย่างมาก สำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลมีบทบาทสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้บุคลากรพยาบาลมีจุดมุ่งหมายร่วมกันเพื่อให้เกิดผลลัพธ์การพยาบาล (Nursing outcome) ที่มีคุณภาพและเกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่าการเพิ่มการดูแลผู้ป่วยโดยตรงมากขึ้นทำให้คุณภาพในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น จุดมุ่งหมายสำคัญในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงเพื่อเพิ่มเวลาในการดูแลผู้ป่วยโดยตรงจากพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ซึ่งพบว่าในปัจจุบันพยาบาลให้เวลากับกิจกรรมอื่นๆที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโดยตรงมากเกินไป เช่น การดูแลเวชภัณฑ์ต่างๆ งานเอกสาร เป็นต้น ทำให้เวลาในการพัฒนาทักษะในการพยาบาลซึ่งเกิดประโยชน์กับผู้ป่วยไม่เพียงพอ (The Institute for Healthcare Improvement, 2008)

4.3 ประวัติความเป็นมาและความหมายของทีแคบ

ในปี 2001 Institute of Medicine (IOM) ซึ่งเป็นสถาบันพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย มีบทบาทสำคัญในการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านการดูแลผู้ป่วย รายงานผลการดูแลผู้ป่วย ดังนี้ (Viney, Batcheller, Houston and Belcik, 2006)

1. มนุษย์มีโอกาสผิดพลาดในการทำงานได้ (To err is human) ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในการทำงาน

2. ตรวจสอบระบบคุณภาพในแต่ละส่วน (Crossing the quality chasm) เป็นการตรวจสอบโดยปรับเปลี่ยนระบบสุขภาพและเป็นการวิเคราะห์ส่วนย่อยทางคลินิก (Clinical microsystem)

3. การดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วย (Keeping patient safety) เป็นการตรวจสอบสิ่งแวดล้อมในการทำงานรวมทั้งโครงสร้างและกระบวนการในการให้การดูแลผู้ป่วย โดยการจัดสิ่งแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัยในการให้การพยาบาล

หลังจากนั้นสถาบันทางการแพทย์หรือ Institute of Medicine (IOM) ได้นำแนวคิดที่พัฒนาดังกล่าวมาใช้ทดลองในแผนกฉุกเฉิน ห้องผ่าตัดและหอผู้ป่วยวิกฤต โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดการเกิดอันตราย ความผิดพลาดในการดูแล และพัฒนาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยได้ดี ซึ่งจากการวิจัยพบว่าลดอัตราการตายของผู้ป่วยโดยไม่คาดฝัน (Sudden death) ร้อยละ 35-40 โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการทำให้เกิดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลจากการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง และมีรายงานว่า ความปลอดภัยของผู้ป่วย เกิดขึ้นเมื่อมีการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในการทำงานของพยาบาล โดย IOM ได้กล่าวถึงทักษะของพยาบาลในการเฝ้าระวังผู้ป่วยทำให้เกิดการพัฒนาผลลัพธ์การดูแลที่มีคุณภาพและมีความสำคัญในการป้องกันการเกิดความผิดพลาด อย่างไรก็ตามยังพบว่าอัตราการลาออกของพยาบาลในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมยังอยู่ในระดับสูง ซึ่งจะทำให้เกิดผลกระทบกับคุณภาพในการดูแลและค่าใช้จ่ายสูงขึ้น

ต่อมาในปี 2003 สถาบันพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ (The Institute for Healthcare Improvement หรือ IHI) ได้ร่วมมือกับมูลนิธิ Robert Wood Johnson (The Robert Wood Johnson Foundation หรือ RWJF) เห็นว่าควรมีการเร่งรีบในการแก้ปัญหาโดยการปรับเปลี่ยนกระบวนการการทำงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมโดยมีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรม (Rutherford, Lee and Greiner, 2004) ทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการดูแลและการบริการผู้ป่วย รวมทั้งประสิทธิภาพของทีมเพิ่มมากขึ้น สร้างความพึงพอใจในการทำงานและการคงอยู่ของบุคคลากรเพิ่มมากขึ้นและเกิดประสิทธิผลของการบริการมากขึ้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทำงานนี้ เรียกว่า Transforming Care At the Bedside (TCAB) ซึ่งมีผลทำให้การดูแลในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมดีขึ้น ประกอบด้วย กระบวนการดูแล

รูปแบบการให้การพยาบาล สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ วัฒนธรรมองค์กรและมาตรฐานและความร่วมมือของทีมการดูแลและการปฏิบัติงาน

ในปี 2004 สถาบันพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ The Institute for Healthcare Improvement (IHI) และมูลนิธิ Robert Wood Johnson (RWJF)ได้ร่วมกันศึกษาในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ 3 แห่งในประเทศสหรัฐอเมริกาคือ โรงพยาบาล Seton Northwest ใน Austin โรงพยาบาล UPMC (University of Pittsburgh Medical Center) ใน Pittsburgh และโรงพยาบาล Kaiser Foundation ใน Roseville โดยมีวัตถุประสงค์โครงการคือ พัฒนาและทดสอบแนวคิดของ Transforming Care At Bedside (TCAB) โดยการเริ่มและพัฒนากระบวนการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมแบบ TCAB โดยมีวัตถุประสงค์การศึกษาว่า เพื่อพัฒนาทดสอบการสร้างกลยุทธ์และกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมแบบ TCAB ซึ่งเป็นโครงการที่เน้นการเชื่อมโยงระหว่างคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อมในการทำงานของทีม ผลการศึกษาสรุปได้ว่า Transforming Care At the Bedside หรือเรียกย่อว่า ทีแคบ (TCAB) เป็นรูปแบบการพัฒนาคุณภาพการบริการโดยวิธีการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง มีเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงานในหอผู้ป่วย โดยทีมพยาบาลเพื่อทำให้เกิดผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและลดอัตราการลาออกของพยาบาล (Rutherford, Lee and Greiner, 2004)

4.4 หลักการสำคัญของทีแคบ

สถาบันพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ The Institute for Healthcare Improvement (IHI) และมูลนิธิ Robert Wood Johnson (RWJF) ได้นำแนวคิดของ Institute of Medicine (IOM) ในการดูแลผู้ป่วยและวางรูปแบบ Transforming Care At Bedside (TCAB) มาพัฒนาการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น และสรุปได้ว่า การทำงานในรูปแบบนี้จะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีและมีเป้าหมายชัดเจน ดังนี้ (Rutherford, Lee and Greiner, 2004)

1. ผู้ป่วยไม่เกิดการตายโดยไม่คาดฝัน

2. ผู้ป่วยไม่เกิดการเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานโดยไม่จำเป็น

3. บุคลากรทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่และนักศึกษาร่วมกันทำให้เกิดทีมการดูแลที่มีประสิทธิภาพภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้เกิดบันไดวิชาชีพ การพัฒนาและมุ่งมั่นให้เกิดความเป็นเลิศ

4. ผู้ป่วยจะได้รับความช่วยเหลือตามที่ต้องการ

5. เอกสารที่ไม่จำเป็นถูกจำกัด และสามารถลดการใช้เอกสารทั้งหมดได้ร้อยละ 50

6. บุคคลากรทางการแพทย์มีเวลาในการให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงได้ถึงร้อยละ 70

4.4.1 วัตถุประสงค์ของทีแคบ

วัตถุประสงค์ของทีแคบคือ เพื่อพัฒนารูปแบบการให้การดูแลผู้ป่วยข้างเตียงในหอผู้ป่วย เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ ดังนี้

1. ปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วย
2. เพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของหอผู้ป่วย
3. เพิ่มประสิทธิภาพของทีมดูแลผู้ป่วย
4. เพิ่มความพึงพอใจของแพทย์ และบุคลากรในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งส่งเสริมให้เกิดการคงอยู่ในงาน

4.4.2 พันธกิจของทีแคบ

1. รับประกันความปลอดภัย ความน่าเชื่อถือ ประสิทธิภาพและความเท่าเทียมในการดูแล
2. ส่งเสริมให้เกิดบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมที่ดีในการทำงาน สนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาตนเอง
3. ส่งเสริมให้เกิดการดูแลโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางให้หอผู้ป่วย โดยคำนึงศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยและครอบครัว ยอมรับในคุณค่าและเปิดโอกาสให้เลือกในสิ่งที่ดีที่สุด
4. รับประกันกระบวนการดูแลว่าไม่เกิดกระบวนการที่สูญเปล่าและส่งเสริมให้เกิดกระบวนการที่ต่อเนื่อง

4.4.3 ผลลัพธ์ของทีแคบ (Rutherford, Lee, and Greiner, 2004)

1. การปรับเปลี่ยนการดูแลผู้ป่วยโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง สามารถเพิ่มคุณค่าในกระบวนการดูแล และเกิดผลลัพธ์ที่ดีทางคลินิกและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลง
2. การดูแลผู้ป่วยเกิดผลลัพธ์เชิงบวกในประสิทธิภาพของทีมการดูแล
3. การบริหารจัดการในการปฏิบัติงานและวัฒนธรรมองค์การ ส่งผลให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่ดีในการทำงาน
4. สามารถจัดบุคลากรที่มีความรู้และมีสมรรถนะที่เหมาะสมกับความรับผิดชอบงานทำให้บุคลากรเกิดความพึงพอใจในการทำงาน

4.4.4 แนวคิดของทีแคบมี 4 องค์ประกอบดังนี้

4.4.4.1 ด้านความปลอดภัยและความน่าเชื่อถือ (Safety and reliability)

โดยที่ทีแคบมีเป้าหมายในด้านความปลอดภัยและความน่าเชื่อถือ คือ ดูแลผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลให้เกิดความปลอดภัย น่าเชื่อถือ มีประสิทธิภาพและมีความยุติธรรม

แนวคิดทีแคบที่ใช้กับผู้ป่วยพบว่าทำให้เกิดความน่าเชื่อถือของระบบการดูแลมากขึ้นเพราะสามารถป้องกันการเกิดความล้มเหลวเชิงระบบในหอผู้ป่วยได้ ซึ่งในหอผู้ป่วยส่วนใหญ่ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยไม่ได้เกิดจากความสามารถของบุคคลากร แต่เกิดจากความล้มเหลวเชิงระบบถึงร้อยละ 70-90 ดังนั้นหากมีการเปลี่ยนแปลงระบบการดูแลผู้ป่วยจะช่วยลดความผิดพลาดได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ตัวอย่างของการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบช่วยให้เกิดความผิดพลาดลดลง เช่น การปรับเปลี่ยนระบบยา การใช้แนวทางปฏิบัติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการใช้ระบบ Rapid Response Teams หรือ RRTs ในการช่วยชีวิตผู้ป่วยก่อนจะเกิดภาวะวิกฤตโดยมีรายละเอียดดังนี้ (Rutherford, Lee and Greiner, 2004)

1. การปรับเปลี่ยนระบบยา สามารถทำให้เกิดการพัฒนาที่ดี เช่น ที่สถาบันระบบสุขภาพ Iowa Health System มีการปรับเปลี่ยนระบบการทำงานโดยใช้วัฒนธรรมความปลอดภัยอย่างเข้มแข็งและไม่มีการลงโทษเมื่อมีการรายงานความผิดพลาด เมื่อนำระบบนี้ไปใช้พบว่า ลดอุบัติการณ์ความผิดพลาดทางยา (Adverse drug events) ใน 6 เดือนลงได้ถึงร้อยละ 65 การเปลี่ยนแปลงระบบยาที่ HIS กล่าวถึง ได้แก่ การปรับระบบยาเมื่อรับผู้ป่วยใหม่ ย้ายและกลับบ้าน โดยการนำระบบ FMEA มาใช้ ซึ่ง FMEA (Failure Modes and Effects Analysis) หมายถึงวิธีการประเมินระบบเพื่อหาความล้มเหลวของระบบและนำมาพัฒนาแก้ไขซึ่งหลักการสำคัญคือการตรวจเยี่ยมความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยผู้บริหารโดยเน้นประเด็นความปลอดภัยทางยา เพื่อทำให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัย ซึ่งการตรวจเยี่ยมของผู้บริหารกระทำโดยวิธีการเยี่ยมผู้ป่วยและพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยโดยตรงเพื่อลดช่องว่าง ทำให้เกิดการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยในการให้ยาซึ่งผลจากการรายงานช่วยให้เจ้าหน้าที่สามารถค้นพบปัญหาระหว่างการทำงานในแต่ละวัน ได้ทำให้มีการพัฒนาระบบการทำงานได้ดีและรวดเร็วขึ้น

2. Rapid Response Teams (RRTs) เป็นแนวคิดที่เกิดขึ้นในประเทศออสเตรเลีย เป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพในการลดภาวะวิกฤตในหอผู้ป่วยและลดอัตราการตายของผู้ป่วย โดยทีมงาน RRTs เป็นทีมงานเล็กๆที่มีประสบการณ์ในการประเมินอาการของผู้ป่วยประกอบด้วยพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยวิกฤตที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้เชี่ยวชาญระบบหายใจ และมีแพทย์ประจำหอผู้ป่วยวิกฤต ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาในการประเมินผู้ป่วยก่อนที่ผู้ป่วยจะมีอาการ

วิกฤตจากหัวใจหยุดเต้น ซึ่งในโรงพยาบาล Melbourne's Austin และ Repatriation Medical Centre ในประเทศออสเตรเลียนำไปปฏิบัติแล้วพบว่าทีม RRTs ทำให้ลดอัตราการเกิดหัวใจหยุดเต้นของผู้ป่วยถึงร้อยละ 65 ลดอัตราการตายจากหัวใจหยุดเต้น ลงถึงร้อยละ 57 และ ลดวันนอนจากหัวใจหยุดเต้นลงถึงร้อยละ 88

นอกจากนั้นแล้วบางโรงพยาบาลใช้วิธีง่ายๆในการทำให้เพิ่มความน่าเชื่อถือของระบบมากขึ้น เช่น โรงพยาบาล Kaiser Roseville ได้ปรับระบบงานโดยให้พนักงานผู้ช่วยเหลือการพยาบาลผู้ป่วยมีกระเป๋าเล็กๆสำหรับใส่อุปกรณ์ในการเขียนขนาดของรอยแดงที่พบบนผิวหนังของผู้ป่วยบริเวณที่กดทับที่พบในขณะเช็ดตัวผู้ป่วย เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพสังเกตและเขียนบันทึกสัญลักษณ์ลงในบันทึกการพยาบาล ซึ่งช่วยป้องกันการเกิดแผลกดทับไม่ให้ลุกลามมากขึ้นอันเนื่องจากเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น

โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหน่วยงานเฉพาะทาง เช่น หอผู้ป่วยวิกฤต สามารถปรับกลยุทธ์อื่นๆ เช่น การป้องกันผู้ป่วยพลัดตกหกล้ม การป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล การประเมินและลดความเสี่ยงของผู้ป่วย โดยวิธีการปรับระบบและรูปแบบการทำงานใหม่ๆในการทำงานของพยาบาล แพทย์และบุคลากร

การทำงานโดยการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้ระบบงานเป็นไปในทางที่ดีและมีประสิทธิภาพสูงขึ้น แนวทางหนึ่งคือ การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยโดยปราศจากการลงโทษและมีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง มีการสนับสนุนให้เกิดการรายงานความผิดพลาดและปัญหาที่เกิดขึ้นและเรียนรู้จากข้อผิดพลาดจากปัญหาเหล่านั้น สิ่งเหล่านี้จะช่วยทำให้เกิดความปลอดภัยในหอผู้ป่วย ทำให้ลดการเกิดอุบัติการณ์ ลดความผิดพลาดทางยาและอันตรายที่ผู้ป่วยจะได้รับซึ่งต้องได้รับการสนับสนุนจากองค์การด้วย

4.4.4.2 ด้านส่งเสริมความสุขในการทำงานของทีมดูแล (Care team vitality)

เป้าหมายของแนวคิดทีแคบอีกประการหนึ่งคือ การส่งเสริมความสุขในการทำงานของทีมดูแล โดยสนับสนุนให้ทุกคนในทีมดูแลทำงานอย่างมีความสุข มีสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและมีการพัฒนาการตามบันไดวิชาชีพซึ่งช่วยให้ทีมการดูแลมีประสิทธิภาพนำไปสู่ความเป็นเลิศในการบริการได้

โดยที่บุคลากรพยาบาลมีอัตราการลาออกสูงซึ่งเป็นปัญหาของโรงพยาบาลต่างๆทุกประเทศ ซึ่งปัญหาดังกล่าวส่งผลกระทบตามมาคือ ทำให้บุคลากรที่ทำงานอยู่ในโรงพยาบาลเกิดความเครียด มีปัญหาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและเกิดค่าใช้จ่ายที่ไม่เหมาะสม ทางโรงพยาบาลต่างๆจึงได้พยายามหากลยุทธ์ในการเพิ่มความพึงพอใจของพยาบาล เพื่อลดอัตราการลาออกและเพื่อผลลัพธ์ในการดูแลที่ดีขึ้น เพราะพบว่าค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการลาออกของพยาบาล

แต่ละคนอยู่ระหว่าง 50,000-65,000 ดอลล่าร์หรือ 1,650,000-2,145,000 บาท ดังนั้นในโรงพยาบาล Seton Northwest Hospital ซึ่งเป็นหนึ่งในหลายๆโรงพยาบาลที่นำ TCAB ไปใช้ได้เสนอกลยุทธ์การมอบความไว้วางใจและมอบอำนาจให้พยาบาลในการบริหารจัดการในการดูแลผู้ป่วย โดยพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมจากระบบไฟจราจร (Capital-traffic light system) กล่าวคือ ในการเริ่มงานในแต่ละเวร พยาบาลที่เคาร์เตอร์จะลงเครื่องหมายทำประกาศไว้ที่กระดานว่าสามารถรับผู้ป่วยใหม่ได้หรือไม่ การประกาศนี้ไม่ได้หมายถึงเตียงว่างสามารถรับผู้ป่วยได้ แต่หมายถึงความสามารถในการให้การดูแลได้ โดยเครื่องหมายสีเขียวหมายถึงสามารถรับผู้ป่วยใหม่ได้ สีเหลืองหมายถึงใกล้จะรับผู้ป่วยได้แล้ว และสีแดงหมายถึงไม่สามารถรับผู้ป่วยใหม่ได้อย่างปลอดภัย ระบบนี้ไม่ได้เพียงแต่เป็นการเพิ่มอำนาจและการยอมรับการตัดสินใจของพยาบาลเท่านั้น แต่เป็นการส่งเสริมให้เกิดการทำงานเป็นทีม อย่างไรก็ตามการทำงานโดยใช้ระบบไฟจราจรดังกล่าวนี้ สามารถใช้ได้กับพยาบาลและหอผู้ป่วยบางระดับเท่านั้น ซึ่งพบว่าระบบนี้ทำให้ทราบข้อมูลว่าหอผู้ป่วยใดมีภาระงานมากหรือภาระงานน้อยไปในตัวด้วย

สำหรับใน North Shore Long Island Jewish Health System (NSLI-JHS) ใน Great Neck เน้นความสำคัญในการสนับสนุนการทำงานและการพัฒนา โดยมีโปรแกรมการสนับสนุนการศึกษาและการเรียนรู้ โดยประสานงานกับวิทยาลัยต่างๆ มีการประชุมร่วมกันระหว่างบุคลากรและผู้บริหาร มีการจัดสิ่งแวดล้อมในการทำงานและสวัสดิการสำหรับพยาบาลซึ่งส่งเสริมให้คนทำงานร่วมกันอย่างมีความสุข ผลจากโปรแกรมดังกล่าวนี้พบว่า อัตราตำแหน่งว่างของ NSLI-JHS มีเพียงร้อยละ 7.06 เมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยตำแหน่งว่างงานของประเทศมีมากถึงร้อยละ 10-15 และที่ Hackensack University Medical Center (HUMC) เน้นความสำคัญของการคงอยู่ของพยาบาลโดยใช้วิธีการส่งเสริมให้บุคลากรทุกคนในทีมทำงานร่วมกันอย่างมีความสุข พบว่าอัตราตำแหน่งว่างของพยาบาลเป็น 0 และอัตราการลาออกมีเพียงร้อยละ 6.7 ซึ่งค่าตอบแทนก็มีส่วนในการทำให้เกิดการคงอยู่

กล่าวได้ว่า การส่งเสริมความสุขในการทำงานของทีมดูแลโดยปรับระบบงานเพื่อสนับสนุนให้ทุกคนในทีมดูแลทำงานอย่างมีความสุข มีสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ช่วยให้ทีมการดูแลมีประสิทธิภาพในการให้บริการทางการพยาบาลที่ดี ก่อให้เกิดความพึงพอใจในการทำงาน และเกิดการคงอยู่ในงานของพยาบาลมากขึ้น

4.4.4.3 ด้านการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centeredness)

เป้าหมายของแนวคิด TCAB อีกประการคือ การยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง คือ การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการดูแลรักษาโดยเคารพในศักดิ์ศรีของผู้ป่วยและครอบครัว

โดยที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่มักมีระบบและกระบวนการในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวไม่ได้ ซึ่งความจริงแล้วการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางสามารถทำได้ง่ายๆ โดยวิธีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ให้การดูแลและข้อมูลของโรงพยาบาล ซึ่งพบว่า โรงพยาบาลที่อยู่ในโครงการ TCAB ใช้วิธีการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางการดูแล โดยใช้วิธีการจัดให้มีกระดานในห้องผู้ป่วยโดยระบุชื่อและรูปถ่ายผู้ให้การดูแล นอกจากนี้ทีมการดูแลจะทำงานโดยมีการตั้งเป้าหมายประจำวันร่วมกับผู้ป่วยและญาติ เป้าหมายอาจได้แก่ การนั่งเก้าอี้ การเดินได้ไกลขึ้นและการรับประทานอาหารได้มากขึ้น หรือการปรึกษากับทีมเกี่ยวกับประโยชน์หรือความเสี่ยงในการรักษา ตลอดจนมีการแจ้งเป้าหมายให้กับผู้ป่วย ญาติและผู้เยี่ยม รวมทั้งทีมการดูแล ซึ่งวิธีการดังกล่าวนี้ก็คือ ทำให้ทุกคนรู้สึกมีส่วนร่วมในความพยายามในการดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้น หรือวิธีการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

นอกจากนั้นแล้วยังมีตัวอย่างเกี่ยวกับอาหารในโรงพยาบาลเพราะมักพบว่าเป็นอาหารที่ผู้ป่วยไม่ชอบ ดังนั้น University of Pittsburgh Medical Center (UPMC) ซึ่งเป็นโรงพยาบาลในโครงการ TCAB เช่นกัน ได้ใช้วิธีการสำรวจเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ดีของผู้ป่วยและเน้นความสำคัญในการพัฒนาบริการด้านอาหาร โดยจัดให้มีนักโภชนากรเป็นผู้รับผิดชอบโปรแกรมอาหาร ไม่จำกัดอาหารจนเกินไปและขยายเวลาบริการของห้องครัว บริการอาหารรับประทานเล่น มีโยเกิร์ตและผลไม้ไว้บริการผู้ป่วย พบว่าพนักงานรายงานว่า ผู้ป่วยได้รับโภชนาการที่ดีขึ้นและลดอาหารที่ไม่มีประโยชน์ลง สำหรับผู้ป่วยที่ต้องรับประทานอาหารเฉพาะจะมีนักโภชนาการให้ความรู้ในการวางแผนจำหน่าย ผลการประเมินเมื่อสิ้นสุดโครงการพบว่า การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้เกิดผลลัพธ์คือ ความพึงพอใจของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นร้อยละ 42 การรับประทานอาหารของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นร้อยละ 42 ความเชื่อมั่นของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 และผู้ป่วยได้รับความรู้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 22

นอกจากนั้นแล้วการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางสามารถทำได้ในกระบวนการเตรียมก่อนกลับบ้าน โดยมีการเตรียมในขณะผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลและมีการทวนตรวจสอบอีกครั้ง ได้แก่ การรับประทานยา การดูแลกิจวัตรประจำวันและความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้านมีความจำเป็นโดยให้เวลากับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับเวลานัด การออกกำลังกาย การติดตามผลจากห้องปฏิบัติการ เวลานัดแพทย์ และการรับประทานยา

4.4.4.4 ด้านเพิ่มคุณค่าการดูแล (Increasing value)

สุดท้ายของแนวคิดทีแคบคือการมีเป้าหมายเพิ่มคุณค่าการดูแล ซึ่งการเพิ่มคุณค่าการดูแลคือ กระบวนการการดูแลต้องมีคุณค่าและต่อเนื่อง

โดยหลักการแล้วการทำงานซึ่งมีระบบงานที่มีประสิทธิภาพย่อมทำให้เพิ่มคุณค่าของงาน ดังนั้นการที่ทีมการดูแลให้การดูแลผู้ป่วยมากกว่าเดิม จึงเท่ากับเป็นการเพิ่มคุณค่าของงานไปในตัว รายงานผลการศึกษาพบว่าการให้ชั่วโมงการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น 30 นาที ทำให้ลดอัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะลงถึงร้อยละ 4.5 และลดอัตราการเกิดการติดเชื้อที่ปอดร้อยละ 4.2 ลดอัตราการเกิดลิ่มเลือดอุดกั้นร้อยละ 2.6 แต่ในทางตรงข้ามในการปฏิบัติงานของพยาบาลพบว่า พยาบาลกลับใช้เวลาในการให้การพยาบาลโดยตรงกับผู้ป่วยน้อยมาก เวลาส่วนใหญ่ของพยาบาลคือการเดินระหว่างห้องผู้ป่วย ระหว่างแผนกหรือเคาน์เตอร์พยาบาล โดยเฉพาะพยาบาลใช้เวลากับเอกสารของผู้ป่วยสูงถึงร้อยละ 13-28 ของระยะเวลาทำงานทั้งหมด (Institute of Medicine, 2001)

ซึ่งปัจจัยดังกล่าวนี้ สถาบันการแพทย์ (Institute of Medicine หรือ IOM) ได้ประยุกต์แนวคิดการทำงานของบริษัทโตโยต้าเข้ามาใช้ในองค์การสุขภาพ โดยสร้างวัฒนธรรมการค้นหาสิ่งที่มีคุณค่าและไม่มีคุณค่าของงานที่ทำ โดยให้เจ้าหน้าที่สุขภาพทำการแยกงานที่มีคุณค่าออกจากงานที่ไม่มีคุณค่า เพื่อเป็นการประหยัดเวลาและการสูญเสียพลังงานโดยเปล่าประโยชน์ ร่วมกับการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในการทำงานให้เจ้าหน้าที่มีความสุขกับการทำงาน ซึ่งต่อมาได้มีการประยุกต์แนวคิดนี้เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของแนวคิดทีแคบ คือการลดงานที่ไม่จำเป็นลงเพื่อให้เพิ่มเวลาการดูแลให้มีคุณค่ามากขึ้น

กล่าวโดยสรุปได้ว่าการนำแนวคิด Transforming care At Bedside (TCAB) มาใช้ในโรงพยาบาลมีผลทำให้เกิดความปลอดภัยในการดูแล เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการดูแล ประหยัดเวลาและพลังงาน มีประสิทธิผลและมีความยุติธรรมในการดูแล โดยมีหลักการสำคัญคือ สร้างความปลอดภัยและความน่าเชื่อถือ เพิ่มความสุขในการทำงานของทีมดูแล ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และเพิ่มคุณค่าการดูแล ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้สามารถทำให้หลายรูปแบบขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของรูปแบบ การวางแผน ผู้วิจัยจึงสนใจนำแนวคิดดังกล่าวมาใช้ในการบูรณาการในโปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง โดยอาศัยหลักการสำคัญทั้ง 4 โดยนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมในหอผู้ป่วยวิกฤตซึ่งลักษณะผู้ป่วยมีความซับซ้อนของโรค ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด นอกจากนี้ยังมีลักษณะงานที่ต้องเกี่ยวข้องกับบุคคลและหน่วยงานหลายฝ่ายทำให้ลักษณะงานของพยาบาลมีความซับซ้อนมากขึ้น ทำให้ภาระงานของพยาบาลที่มีมากอยู่แล้วมีเพิ่มมากขึ้น ซึ่งแนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับแนวทางในการพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยและเพิ่มความพึงพอใจในการทำงานของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบว่า งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการนำแนวคิดการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงยังไม่มีผู้ใดทำวิจัยไว้ ผู้วิจัยจึงขอเสนอการทบทวนงานวิจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

ชวไล ชุ่มคำ (2545) ได้ศึกษาผลของการฝึกอบรมการป้องกันความเสี่ยง ต่อความสามารถในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ กรณีศึกษาโรงพยาบาลเลิดสิน กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลเลิดสิน จำนวน 22 คน ผลการวิจัยพบว่าความสามารถในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพภายหลังการฝึกอบรมการป้องกันความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสูงกว่าก่อนการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดารณี พันธ์ศรี (2545) ได้ศึกษาระดับระดับการปฏิบัติบทบาทอิสระในการปฏิบัติการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 470 คน ผลการวิจัยพบว่า การปฏิบัติบทบาทอิสระในการปฏิบัติการพยาบาล ตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการอยู่ในระดับดี คุณค่าในงาน ความเชื่ออำนาจในตน บรรยากาศองค์การ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติบทบาทอิสระในการปฏิบัติการพยาบาล ตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลทั่วไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ตัวแปรที่สามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติบทบาทอิสระในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ตามลำดับดังนี้ บรรยากาศองค์การและความเชื่ออำนาจในตนสามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติบทบาทอิสระในการปฏิบัติการพยาบาล ตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการได้ร้อยละ 33.7

ปัทมาภรณ์ สรรพรชัยพงษ์ (2545) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สภาพแวดล้อมในการทำงานกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการ งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชุมชนภาคกลาง และศึกษาตัวแปรที่ร่วมกันพยากรณ์ความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการ งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชุมชนภาคกลาง กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในงานผู้ป่วยในอย่างน้อยเป็นเวลา 6 เดือน จากโรงพยาบาลชุมชนภาคกลาง 21 แห่ง จำนวน 303 คน ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านอายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในงาน ส่วนความก้าวหน้าในหน้าที่การงานและตัวแปรทุกมิติของสภาพแวดล้อมในการทำงาน เป็นตัวพยากรณ์ความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

รัตนา เซียวศิริถาวร (2546) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาระจากงาน ความสามารถในการควบคุมงาน กับความผาสุกทางใจในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลเขต 2 สังกัดกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี ทั้งหมดจำนวน 195 คน ผลการวิจัยพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของความผาสุกทางใจในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ภาระจากงานมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความผาสุกทางใจในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ

ชลธิชา กองจริต (2547) ได้ศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพการบริหารการพยาบาล หอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลศูนย์ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยวิกฤตตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป จำนวน 678 คน พบว่าการจัดระบบงานเป็นองค์ประกอบหนึ่งของตัวชี้วัดคุณภาพการบริหารการพยาบาล หอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลศูนย์

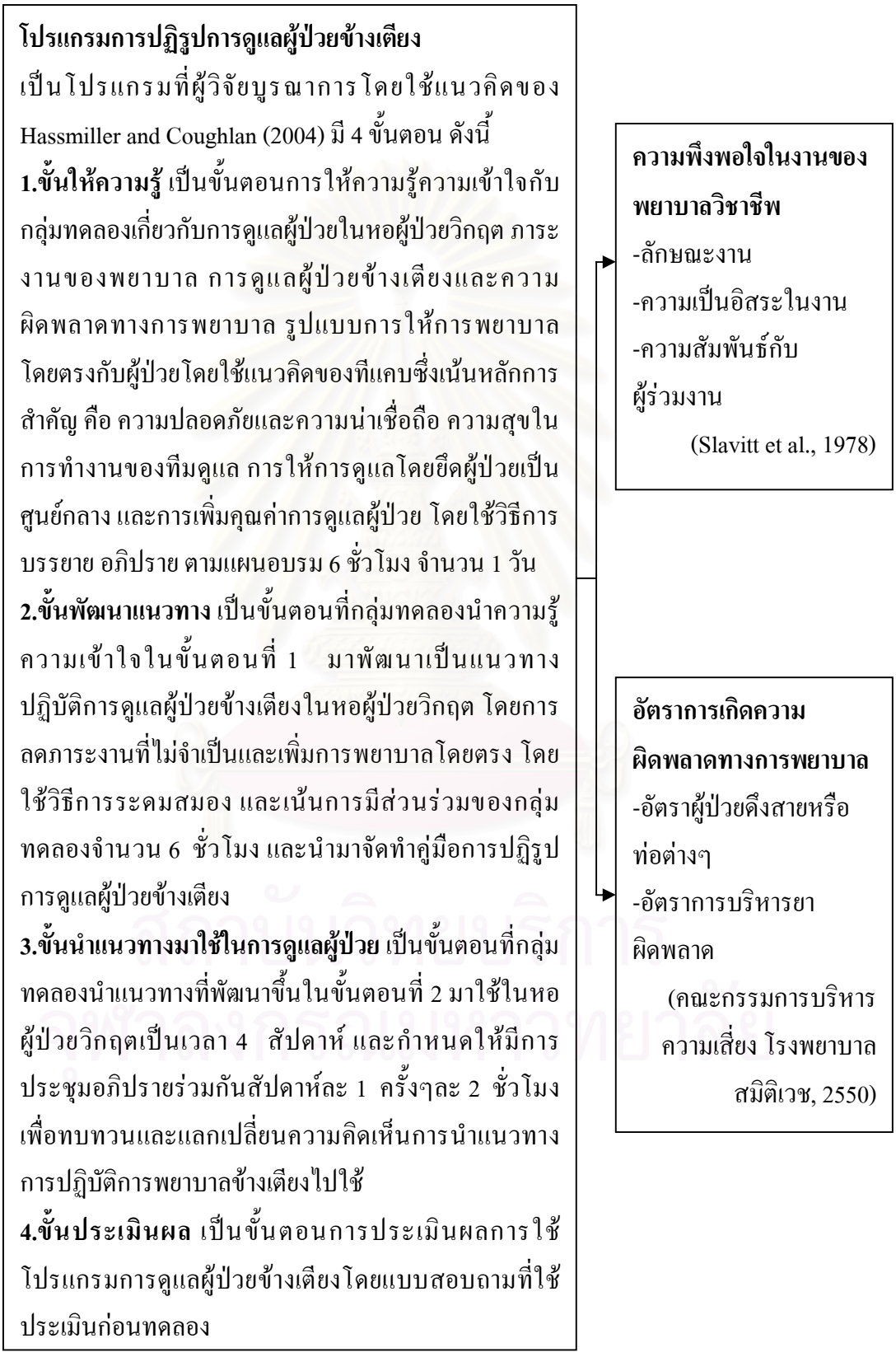
กัลยารัตน์ อ๋องคณา (2549) ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้คุณค่าในงาน สภาพแวดล้อมในงาน กับความสุขในการทำงาน ของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลเอกชน เขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลประจำการ ระดับการปฏิบัติการ จำนวน 405 คน พบว่า ความสุขในการทำงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานครอยู่ในระดับสูง ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความสุขในการทำงานของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลเอกชน เขตกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนอายุ สถานภาพสมรส และประสบการณ์การทำงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงาน การรับรู้คุณค่าในงาน และสภาพแวดล้อมในงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความสุขในการทำงานของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลเอกชน เขตกรุงเทพมหานคร

Viney, Batcheller, Houston and Belcik (2006) ได้ศึกษาการนำโปรแกรมทีแคบไปใช้ในโรงพยาบาล 3 แห่งในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าทำให้เกิดคุณภาพในการดูแลเพิ่มขึ้น พยาบาลมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น และผู้รับบริการพึงพอใจมากขึ้น

Upenieks, Akhavan, Kotlerman, Esser and Ngo (2007) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการนำแนวคิดทีแคบมาใช้โดยลดภาระงานของพยาบาลเพื่อเพิ่มเวลาในการดูแลผู้ป่วยโดยตรงกับการเพิ่มคุณค่าในการดูแล ในหอผู้ป่วย 3 แห่งในรัฐแคลิฟอร์เนียพบว่าการให้เวลาในการดูแลผู้ป่วยโดยตรงมากขึ้นทำให้เพิ่มกิจกรรมการพยาบาลที่มีคุณค่าในการดูแลมากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยใช้กรอบทฤษฎีในการสร้างโปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงโดยใช้แนวความคิดทีแคบที่มีการทดลองใช้ในประเทศสหรัฐอเมริกาและพบว่าสามารถเพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยโดยลดความผิดพลาดทางการพยาบาลและเพิ่มความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ใช้รูปแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังทดลอง (The one group pretest-posttest) วัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง และเพื่อเปรียบเทียบอัตราการเกิดความผิดพลาดทางการพยาบาลก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง ซึ่งมีรูปแบบการวิจัย ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ

O_1 X O_2

X : โปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง

O_1 : ความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพและอัตราความผิดพลาดทางการพยาบาลก่อนการทดลอง

O_2 : ความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพและอัตราความผิดพลาดทางการพยาบาลหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท

2. กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิทจำนวน 30 คน โดยมีขั้นตอนในการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง มีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) มีความหลากหลายของอายุ ประสบการณ์การทำงานและทัศนคติต่อการทำงาน โดยมีคุณสมบัติดังนี้

ลักษณะที่จัดเข้าไว้เป็นตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. เป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท

2. สามารถเข้าร่วมตามโปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงได้ร้อยละ 100

3. มีความยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย

ลักษณะที่คัดออกจากการเป็นตัวอย่าง (Exclusion criteria)

1. ออกจากการเป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิทในขณะทำการศึกษา

2. ขาดการเข้าร่วมตามโปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป

3. พยาบาลวิชาชีพบอกยกเลิกการเข้าร่วมวิจัย

พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท จำนวน 30 คน ทั้งหมดมีวุฒิการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่สถานภาพโสด (ร้อยละ 83.3) อายุระหว่าง 20-30 ปี (ร้อยละ 63.3) อายุเฉลี่ย 31.6 ปี โดยผู้ที่มีอายุน้อยที่สุด 23 ปี อายุสูงสุดคือ 47 ปี ประสบการณ์การทำงานด้านการพยาบาลอยู่ระหว่าง 0-5 ปี (ร้อยละ 40) ประสบการณ์การทำงานด้านการพยาบาลเฉลี่ย 9.27 ปี มีระยะเวลาการปฏิบัติงานน้อยที่สุด 2 ปี สูงสุด 24 ปี ประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยวิกฤต อยู่ระหว่าง 0-5 ปี (ร้อยละ 53.3) เฉลี่ย 8.2 ปี โดยระยะเวลาการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตน้อยที่สุด 2 ปี สูงสุด 20 ปี (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิทจำแนกตามอายุ สถานภาพสมรส วุฒิการศึกษาสูงสุด ประสบการณ์การทำงานด้านการพยาบาลและประสบการณ์การทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (N = 30)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ ($\bar{X}$ = 31.6 SD = 7.07)		
20-30 ปี	19	63.4
31-40 ปี	7	23.3
41-50 ปี	4	13.3

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (N = 30)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	25	83.4
คู่	4	13.3
หม้าย หย่า	1	3.3
แยกกันอยู่	0	0.0
วุฒิการศึกษาสูงสุด		
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	100	100.0
ประสบการณ์การทำงานด้านการพยาบาล	($\bar{X}$ = 9.27 SD = 6.77)	
0-5 ปี	12	40
6-10 ปี	9	30
11-15 ปี	3	10
16-20 ปี	2	6.7
21-25 ปี	4	13.3
ประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยวิกฤต	($\bar{X}$ = 8.2 SD = 6.37)	
0-5 ปี	16	53.3
6-10 ปี	6	20
11-15 ปี	2	6.7
16-20 ปี	5	16.7
21-25 ปี	1	3.3

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง
   1.1 แผนการอบรม
   1.2 คู่มือการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง
   2.1 แบบบันทึกสถานการณ์การปฏิบัติตามแนวทางการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง
   2.2 ใบกำกับการทดลอง
3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวมรวมข้อมูล
   3.1 แบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ
   3.2 แบบรายงานความผิดพลาดทางการพยาบาล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 แผนการอบรม

เป็นเอกสารที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น ประกอบด้วยเนื้อหาสาระที่ใช้ในการอบรมพยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ การดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต ภาระงานของพยาบาล การดูแลผู้ป่วยข้างเตียง การพยาบาลผู้ป่วยโดยตรง และความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดทีแคบ ซึ่งเน้นหลักการสำคัญ คือ ความปลอดภัยและความน่าเชื่อถือ ความสุขในการทำงานของทีมดูแล การให้การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และการเพิ่มคุณค่าการดูแลผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดของ Hassmiller and Coughlan (2004) ร่วมกับการศึกษาจากตำรา เอกสาร วารสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1. ศึกษาแนวคิดทฤษฎี จากตำรา เอกสารและงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต ภาระงานของพยาบาล การดูแลผู้ป่วยข้างเตียงและรูปแบบการให้การพยาบาลโดยตรงกับผู้ป่วยโดยใช้แนวคิดของทีแคบ

2. กำหนดวัตถุประสงค์การจัดทำแผนการอบรมและกำหนดกิจกรรมการอบรมโดยใช้วิธีการบรรยาย อภิปราย การระดมสมอง กำหนดสถานการณ์ เน้นการมีส่วนร่วม กำหนดวัตถุประสงค์ทั่วไปเพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความสามารถดังนี้

1) มีความรู้ความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต ภาระงานของพยาบาล การดูแลผู้ป่วยข้างเตียงและรูปแบบการให้การพยาบาลโดยตรงกับผู้ป่วยโดยใช้แนวคิดของทีแคบ

2) มีความรู้ความเข้าใจแนวคิดและหลักการของโปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง

3) สามารถพัฒนาแนวทางในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงในหอผู้ป่วยวิกฤตโดยการลดภาระงานที่ไม่จำเป็นและเพิ่มการพยาบาลโดยตรง

3. เตรียมเนื้อหาในการอบรมตามวัตถุประสงค์ซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมในเรื่อง การดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต ภาระงานของพยาบาล การดูแลผู้ป่วยข้างเตียงและรูปแบบการให้การพยาบาลโดยตรงกับผู้ป่วยโดยใช้แนวคิดของทีแคบ การมีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวทางในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยการลดภาระงานที่ไม่จำเป็นและเพิ่มการพยาบาลโดยตรง โดยแผนการอบรมนั้นได้แบ่งออกเป็นวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม เนื้อหา กิจกรรมการอบรม สื่อการอบรมและเกณฑ์การประเมินผล

4. กำหนดเนื้อหาในแผนการอบรมเป็น 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 ใช้สำหรับการอบรมในวันที่ 1 จำนวน 6 ชั่วโมง ประกอบด้วยเนื้อหาสาระด้านการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต ภาระงานของพยาบาล การดูแลผู้ป่วยข้างเตียง การให้การพยาบาลโดยตรงกับผู้ป่วยและความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดทีแคบ โดยใช้วิธีการบรรยายอภิปราย จำนวน 3 ชั่วโมง การจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต และจำแนกงานของพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณค่าออกจากงานที่ไม่มีคุณค่า จำนวน 2 ชั่วโมง พร้อมกับการนำเสนอผลการวิเคราะห์ร่วมกับการอภิปราย จำนวน 1 ชั่วโมง

ชุดที่ 2 ใช้สำหรับการอบรมในวันที่ 2 จำนวน 6 ชั่วโมง เป็นกิจกรรมการนำความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดทีแคบมาใช้ซึ่งเน้นหลักการสำคัญ ได้แก่ ความปลอดภัยและความน่าเชื่อถือ ความสุขในการทำงานของทีมดูแล การให้การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และการเพิ่มคุณค่าการดูแลผู้ป่วย โดยการจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อนำผลวิเคราะห์จากขั้นตอนที่ 1 มากำหนดแนวทางในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยการลดภาระงานที่ไม่จำเป็นและเพิ่มการพยาบาลโดยตรง จำนวน 4 ชั่วโมง พร้อมกับการนำเสนอผลการวิเคราะห์ร่วมกับการอภิปรายจำนวน 2 ชั่วโมง รวม 6 ชั่วโมง

5. จัดทำเอกสารประกอบการอบรม โดยมีเนื้อหาสาระตามแผนการอบรม และรายชื่อเอกสารสำหรับอ่านเพิ่มเติม

6. ผู้วิจัยนำแผนการอบรมให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบ แล้วจึงนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหากับผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ซึ่งมีความรู้และประสบการณ์ด้านคุณภาพการให้การบริการพยาบาล เพื่อพิจารณาความถูกต้องตามวัตถุประสงค์ กิจกรรมการอบรม ตลอดจนข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข

1.2 คู่มือการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง

เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงในหอผู้ป่วยวิกฤตซึ่งได้จากการระดมสมอง (Brain storming) ของกลุ่มทดลองโดยมีการกำหนดแนวทางร่วมกัน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการลดภาระงานที่ไม่จำเป็น และเพิ่มการพยาบาลโดยตรงในสถานการณ์จริงในหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยนำมาจัดทำคู่มือการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง สำหรับกลุ่มทดลอง เป็นเอกสารเข้าเล่ม ฉบับกระทัดรัดขนาด 15 x 21 ซม.จำนวน 15 หน้า ภายในเล่มประกอบด้วยข้อความและภาพประกอบสีสวยงาม เริ่มตั้งแต่ คำนำ สารบัญ วัตถุประสงค์ และแนวทางการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงในหอผู้ป่วยวิกฤตซึ่งเนื้อหาในคู่มือแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1: เป็นสรุปเนื้อหาสาระโดยย่อเกี่ยวกับเรื่อง หลักการสำคัญการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง คือ ความปลอดภัยและความน่าเชื่อถือ ความสุขในการทำงานของทีมดูแล การให้การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และการเพิ่มคุณค่าการดูแลผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยจัดทำขึ้นโดยสรุปย่อมาจากเนื้อหาสาระในแผนการอบรม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มทดลองได้ทบทวนและทำความเข้าใจได้ง่ายขึ้น

ส่วนที่ 2: เป็นแนวทางในการปฏิบัติสำหรับกลุ่มทดลองเพื่อนำไปใช้ในการลดภาระงานที่ไม่จำเป็นและเพิ่มการพยาบาลโดยตรงในหอผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วยกิจกรรมที่เน้นหลักการสำคัญการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงทั้ง 4 ด้าน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่จัดทำขึ้นจากการระดมความคิดของกลุ่มทดลองเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงในหอผู้ป่วยวิกฤตให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ประกอบด้วย 8 โครงการ ดังนี้

1. ความปลอดภัยและความน่าเชื่อถือ (Safety and reliability) จำนวน 2 โครงการ ดังนี้
   1.1 โครงการความปลอดภัยใกล้ตัว ตั้งสติก่อนสตาร์ท
   1.2 โครงการสิ่งหนึ่ง สิ่งเดียวที่ต้องรักษา
2. ความสุขในการทำงานของทีมดูแล (Care team vitality) จำนวน 2 โครงการ ดังนี้
   2.1 โครงการ Open heart
   2.2 โครงการเพื่อนช่วยเพื่อน
3. ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centeredness) จำนวน 2 โครงการ ดังนี้
   3.1 โครงการป้ายสื่อสาร หัวใจเดียวกัน

3.2 โครงการรับใหม่ หัวใจไม่ว้าเหว่

4. เพิ่มคุณค่าการดูแล (Increasing value) จำนวน 2 โครงการ ดังนี้

4.1 โครงการ Nurse's note กึ่งสำเร็จรูป

4.2 โครงการโอมเพี้ยง หายไป

2. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง

2.1 แบบบันทึกสถานการณ์การปฏิบัติตามแนวทางการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง

เป็นแบบบันทึกสถานการณ์การปฏิบัติตามแนวทางการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มทดลองใช้สำหรับจดบันทึกรายงานการดูแลผู้ป่วยตามคู่มือการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง จากสถานการณ์จริงตลอดระยะเวลา 4 สัปดาห์ เป็นข้อความปลายปิดให้เลือกตอบ จำนวน 1 ข้อ ข้อความปลายเปิดจำนวน 3 ข้อ เพื่อให้กลุ่มทดลองได้เขียนบรรยายเหตุการณ์ ตามความเป็นจริง เพื่อเป็นการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการทดลอง ดังนี้

ข้อที่ 1: เป็นรายการให้เลือกตอบเพื่อระบุประเด็นปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในหอผู้ป่วยวิกฤตขณะปฏิบัติงาน

ข้อที่ 2: เป็นการบรรยายปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นตามกลุ่มทดลองพบในหอผู้ป่วยวิกฤตขณะปฏิบัติงาน

ข้อที่ 3: เป็นการแสดงความคิดเห็นของกลุ่มทดลองที่มีต่อปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในหอผู้ป่วยวิกฤตขณะปฏิบัติงาน

ข้อที่ 4: เป็นการแสดงความคิดเห็นของกลุ่มทดลองที่มีต่อผลดีที่เกิดขึ้นในหอผู้ป่วยวิกฤตขณะปฏิบัติงาน

2.2 ใบกำกับการทดลอง

เป็นเอกสารที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นใช้สำหรับให้ผู้วิจัยจดบันทึกเพื่อประเมินว่ากลุ่มทดลองได้ปฏิบัติตามคู่มือการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงในขณะปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตครบทุกขั้นตอนหรือไม่ มีลักษณะเป็นตารางระบุหมายเลข 1-30 แทนชื่อกลุ่มทดลองแต่ละคนและระบุแนวทางการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง โดยกำหนดให้ใส่เครื่องหมาย (/) ลงในช่องว่างที่ตรงกับช่อง "ปฏิบัติ" เมื่อพบว่ากลุ่มทดลองได้มีการปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละข้อรายการ และใส่เครื่องหมายลงในช่อง "ไม่ปฏิบัติ" เมื่อพบว่ากลุ่มทดลองไม่ได้มีการปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละข้อรายการ หากไม่มีสถานการณ์ที่ต้องปฏิบัติการพยาบาลให้ใส่เครื่องหมายในช่อง "ไม่มีสถานการณ์" และกำหนดการประชุมกลุ่มทดลองประจำสัปดาห์เพื่อประเมินว่ากลุ่มทดลองได้ปฏิบัติตามคู่มือการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงในขณะปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตครบทุกขั้นตอนหรือไม่ ซึ่ง

ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ให้กลุ่มทดลองทุกคนต้องผ่านการปฏิบัติครบทุกขั้นตอนจึงถือว่าปฏิบัติตามคู่มือแนวทางการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวมรวมข้อมูล

ประกอบด้วยแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพและแบบรายงานความผิดพลาดทางการพยาบาล ดังนี้

3.1.แบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ

เป็นแบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ 1 ชุด ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส วุฒิการศึกษาศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงานด้านการพยาบาล และระยะเวลาในการปฏิบัติงานในการให้การดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต มีลักษณะเป็นคำถามแบบเลือกและคำถามปลายเปิด จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยปรับปรุงจากเครื่องมือของพัชรี เจริญพร (2546) ซึ่งสร้างตามกรอบแนวคิดทฤษฎีของ Slavitt et al. (1978) มาปรับใช้ในการวัดความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ มีองค์ประกอบเป็นคำถาม 3 ด้าน เป็นคำถามเชิงบวก จำนวน 21 ข้อ ดังนี้

1. ด้านความเป็นอิสระ	จำนวน 7 ข้อ
2. ด้านลักษณะงาน	จำนวน 7 ข้อ
3. ด้านความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน	จำนวน 7 ข้อ

โดยลักษณะข้อคำถามเป็นปลายปิด ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

คะแนน		ระดับความพึงพอใจ
1	หมายถึง	ข้อความในรายการนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่านในระดับน้อยที่สุด (0-24%)
2	หมายถึง	ข้อความในรายการนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่านในระดับน้อย (25-49%)
3	หมายถึง	ข้อความในรายการนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่านในระดับปานกลาง (50-74%)
4	หมายถึง	ข้อความในรายการนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่านในระดับมาก (75-89%)

5 หมายถึง ข้อความในรายการนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่านในระดับมากที่สุด (90-100%)

กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนโดยใช้เกณฑ์ของ ประคอง กรรณสูต (2541) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง ความพึงพอใจในงานของพยาบาลอยู่ในระดับน้อยที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง ความพึงพอใจในงานของพยาบาลอยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง ความพึงพอใจในงานของพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง ความพึงพอใจในงานของพยาบาลอยู่ในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง ความพึงพอใจในงานของพยาบาลอยู่ในระดับมากที่สุด

3.2 แบบรายงานความผิดพลาดทางการพยาบาล

เป็นเอกสารที่จัดทำขึ้นเพื่อใช้ในการบันทึกข้อมูลความผิดพลาดทางการพยาบาล โดยนำแบบรายงานไปลงไว้ในระบบคอมพิวเตอร์ ผู้วิจัยใช้ลงบันทึกข้อมูลเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ซึ่งแบบรายงานมีลักษณะเป็นตารางระบุวันที่ทำการเก็บข้อมูลและความผิดพลาดทางการพยาบาล โดยกำหนดให้ใส่ตัวเลขจำนวนครั้งที่เกิดความผิดพลาดขึ้นประกอบด้วยแบบรายงานการเกิดความผิดพลาดทางการพยาบาล ดังนี้

3.2.1 ความผิดพลาดที่เกิดจากการเลื่อนหลุดของสายหรือท่อที่ต่อจากร่างกาย ประกอบด้วย สายยางสำหรับให้อาหาร ท่อสำหรับช่วยหายใจ สายสวนต่างๆที่เข้าสู่ร่างกายและสายหรือท่ออื่นๆที่ออกจากร่างกาย โดยนับเป็นจำนวนครั้งและนำมาคำนวณเป็นจำนวนครั้งต่อ 1000 วันนอน

3.2.2 ความผิดพลาดที่เกิดจากการบริหารยาของพยาบาล ประกอบด้วย ความผิดพลาดที่เกิดจากการให้ยาแก่ผู้ป่วยที่ทราบว่าแพ้ยา (Drug allergy) ความผิดพลาดที่เกิดจากการให้ยาที่มีหลักฐานชัดว่าจะเกิดปฏิกิริยาระหว่างกันของยา (Drug interaction) ความผิดพลาดที่เกิดจากการเตรียมยา (Preparation) ความผิดพลาดที่เกิดจากการให้ยาไม่ครบ (Omission error) ความผิดพลาดที่เกิดจากการให้ยาผู้ป่วยผิดคน (Wrong patient) ความผิดพลาดที่เกิดจากการให้ยาผิดขนาด (Wrong dose error) ความผิดพลาดที่เกิดจากการให้ยาผิดชนิด (Wrong drug error) ความ

ผิดพลาดที่เกิดจากการให้ยาผิดทาง (Wrong route error) ความผิดพลาดที่เกิดจากการให้ยาผิดเวลา (Wrong time error) ความผิดพลาดที่เกิดจากการให้ยามากกว่าจำนวนครั้งที่สั่ง (Extra-dose error) ความผิดพลาดที่เกิดจากการให้ยาในอัตราเร็วที่ผิด (Wrong rate of administration error) ความผิดพลาดที่เกิดจากการให้ยาผิดเทคนิค (Wrong technique error) ความผิดพลาดที่เกิดจากการให้ยาผิดรูปแบบยา (Wrong dosage-form error) ความความผิดพลาดที่เกิดจากการบันทึก (Wrong document) และ ความผิดพลาดที่เกิดจากการขาดการติดตามผลหรืออาการผิดปกติ (Monitoring error) โดยนับเป็นจำนวนครั้งและนำมาคำนวณเป็นจำนวนครั้งต่อ 1000 วันนอน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่จัดทำทั้งหมดให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความถูกต้อง หลังจากปรับแก้ไขแล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ที่มีความเชี่ยวชาญทางการพัฒนาคุณภาพการบริการ และการบริหารทางการพยาบาล (ดังรายนามผู้ทรงคุณวุฒิในภาคผนวก) เพื่อพิจารณาความถูกต้องและครอบคลุมของเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์กิจกรรมการอบรม ความเหมาะสมของข้อคำถามและสำนวนภาษา ตลอดจนข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยใช้เกณฑ์ความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิที่สอดคล้องกันร้อยละ 80 ได้ผลการตรวจสอบค่าความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) เท่ากับ .91 และนำมาพิจารณาปรับปรุงดังนี้

1.1 แผนการอบรม ผู้วิจัยได้ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

1.1.1 เพิ่มกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ที่ใช้ในการฝึกอบรมให้มากขึ้น จาก 2 กิจกรรม เพิ่มขึ้นเป็น 3 กิจกรรม

1.1.2 เพิ่มเวลาในการระดมสมองและนำเสนอผลจากการระดมสมองให้มากขึ้นในแผนการอบรมชุดที่ 2 กิจกรรมที่ 3 จาก 2 ชั่วโมง เพิ่มขึ้นเป็น 2 ชั่วโมง 40 นาที

1.2 แบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

1.2.1 ปรับปรุงสำนวณภาษาให้มีความชัดเจนมากขึ้น จำนวณ 2 ข้อ

1.2.2 ตัดข้อคำถามด้านความเป็นอิสระ จำนวณ 1 ข้อ

1.2.3 เพิ่มข้อคำถามด้านความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน จำนวณ 1 ข้อ

หลังปรับแก้ไขแล้วแบบสอบถามความพึงพอใจมีแต่ละด้านเป็นคำถามเชิงบวก จำนวน 21 ข้อ ดังนี้

1. ด้านความเป็นอิสระ จำนวน 6 ข้อ
2. ด้านลักษณะงาน จำนวน 7 ข้อ
3. ด้านความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน จำนวน 8 ข้อ

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาไปทำการทดลองใช้ (Try out) กับพยาบาลวิชาชีพจำนวน 30 คน ที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ไม่อยู่ในกลุ่มทดลองในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท เมื่อวันที่ 10-14 พฤศจิกายน 2551 แล้วนำมาคำนวณโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficent) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพเท่ากับ .89 และค่าความเที่ยงของกลุ่มตัวอย่างจริงเท่ากับ .91 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ เมื่อนำไปทดลองใช้ (Try out) และเมื่อใช้จริง

ความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ	ค่าความเที่ยง	
	กลุ่มทดลองใช้ (n = 30)	กลุ่มตัวอย่างจริง (n = 30)
ด้านความเป็นอิสระ	.71	.81
ด้านลักษณะงาน	.76	.80
ด้านความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน	.79	.82
รวม	.89	.91

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการทดลอง

ขั้นตอนที่ 2 การทดลอง

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลการทดลอง

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการทดลอง

ผู้วิจัยเตรียมการทดลองโดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ติดต่อประสานงานหน่วยงานของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท เพื่อขอทำการวิจัยและเก็บข้อมูลการวิจัยในโรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท

1.2 ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับฝ่ายการพยาบาลและจัดทำโครงการการอบรมเพื่อให้กับกลุ่มตัวอย่างในหอผู้ป่วยวิกฤต

1.3 ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับฝ่ายอาคาร สถานที่ โดยกำหนดวัน เวลา และสถานที่ในการจัดการอบรม และกำหนดวันที่ 11-12 ธันวาคม 2551 เป็นวันดำเนินการอบรม ณ ห้องประชุมจัดเลี้ยง อาคาร 2 ชั้น 6 โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท

1.4 ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล สมิติเวช สุขุมวิท เพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลรายงานอุบัติการณ์อัตราความผิดพลาดทางการพยาบาลได้แก่ ความผิดพลาดที่เกิดจากการเลื่อนหลุดของสายหรือท่อที่ต่อจากร่างกาย และความผิดพลาดที่เกิดจากการบริหารยาของพยาบาล โดยนับเป็นจำนวนครั้งและนำมาคำนวณเป็นจำนวนครั้งต่อ 1000 วันนอน

1.5 เตรียมติดต่อประสานงานกลุ่มตัวอย่างโดยตรวจสอบรายชื่อพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยวิกฤต และคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนดโดยกำหนดให้มีความหลากหลายของอายุ ประสบการณ์การทำงาน ทัศนคติการทำงาน โดยให้สมัครใจเข้ารับการอบรมจำนวน 30 คน และนัดวันประชุมครั้งแรกในวันที่ 25 พฤศจิกายน 2551

2. เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แผนการอบรม แบบบันทึกสถานการณ์ ใบกำกับการทดลอง แบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพและแบบรายงานความผิดพลาดทางการพยาบาล

3. เตรียมผู้ช่วยวิจัย

3.1 ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ช่วยวิจัยจำนวน 5 คน โดยกำหนดคุณสมบัติ คือ เป็นผู้ช่วยผู้จัดการแผนกผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 2 คนและพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการทำงานในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท 15 ปี ขึ้นไปและเป็นหัวหน้าทีมการพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 3 คน ซึ่งต้องอยู่ร่วมกับผู้วิจัยในวันอบรม โดยกำหนดให้ทำหน้าที่ประสานงานอำนวยความสะดวกในการจัดกิจกรรมต่างๆระหว่างการอบรม รวมถึงการช่วยสังเกตพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างระหว่างเข้ารับการอบรม

3.2 ผู้วิจัยทำความเข้าใจกับผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการอบรม การดำเนินการอบรม และบทบาทหน้าที่ของผู้ช่วยวิจัย รวมทั้งวิธีการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างขณะดำเนินการทดลองและวิธีการบันทึกในใบกำกับการทดลอง

4. การเตรียมตัวผู้วิจัย

ในการอบรมครั้งนี้ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นวิทยากรในการอบรมได้เตรียมตัวโดยการศึกษาเนื้อหาวิชาการเรื่อง การดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต ภาระงานของพยาบาล การดูแลผู้ป่วยข้างเตียง การให้การพยาบาลโดยตรงกับผู้ป่วยและความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดทีแคบจากตำรา เอกสาร งานวิจัยต่างๆ และได้ขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาเกี่ยวกับทักษะจำเป็นสำหรับการเป็นวิทยากรที่ดี เช่น ทักษะการอบรม ทักษะการใช้อุปกรณ์และสื่อการอบรม และทักษะการทำกลุ่มสัมพันธ์

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการทดลอง

ระยะที่ 1 ระยะเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อประเมินความพึงพอใจในงานของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง ในวันที่ 8 ธันวาคม 2551 เวลา 14.00-15.00 น. ที่ห้องประชุม ICU-2 อาคาร 1 ชั้นลอย โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท และขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างให้ส่งแบบสอบถามที่ทำเสร็จแล้วกลับถึงผู้วิจัยโดยตรงโดยใส่แบบสอบถามคืนในซองปิดผนึกที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ให้ และขอความร่วมมือล่วงหน้าในการตอบแบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพอีกครั้งเมื่อสิ้นสุดการทดลอง

1.2 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลรายงานอุบัติการณ์อัตราความผิดพลาดทางการพยาบาลก่อนการทดลองเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ในช่วงวันที่ 12 มกราคม-8 กุมภาพันธ์ 2551 จากคณะกรรมการความเสี่ยงโรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท ได้แก่ ความผิดพลาดที่เกิดจากการเลื่อน

หลุดของสายหรือท่อที่ต่อจากร่างกาย และความผิดพลาดที่เกิดจากการบริหารยาของพยาบาล โดยนับเป็นจำนวนครั้งและนำมาคำนวณเป็นจำนวนครั้งต่อ 1000 วันนอน

ระยะที่ 2 ระยะการฝึกอบรม

ผู้วิจัยดำเนินการฝึกอบรมตามโครงการการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง ตามโปรแกรมที่กำหนด โดยจัดอบรมในวันที่ 11-12 ธันวาคม 2551 ณ. ห้องประชุมจัดเลี้ยง อาคาร 2 ชั้น 6 โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท มีพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการอบรมจำนวน 30 คน ตามแผนการอบรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจำนวน 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 ใช้สำหรับการอบรมในวันที่ 11 ธันวาคม 2551 เวลา 8.00-16.00 น. เป็นกิจกรรมการให้ความรู้ความเข้าใจด้านเนื้อหาสาระ ประกอบด้วยเนื้อหาสาระด้านการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต ภาระงานของพยาบาล การดูแลผู้ป่วยข้างเตียง การให้การพยาบาลโดยตรงกับผู้ป่วย และความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดทีแคบ ซึ่งเน้นหลักการสำคัญ คือ ความปลอดภัยและความน่าเชื่อถือ ความสุขในการทำงานของทีมดูแล การให้การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และการเพิ่มคุณค่าการดูแลผู้ป่วย โดยใช้วิธีการบรรยาย อภิปรายโดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นวิทยากร จำนวน 3 ชั่วโมง การจัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต และจำแนกงานของพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณค่าออกจากงานที่ไม่มีคุณค่า จำนวน 2 ชั่วโมง พร้อมกับการนำเสนอผลการวิเคราะห์พร้อมเหตุผลประกอบร่วมกับการอภิปรายร่วมกันเพื่อแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นระหว่างกลุ่มจนได้ข้อสรุปเป็นที่ยอมรับของกลุ่ม จำนวน 1 ชั่วโมง รวม 6 ชั่วโมง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรม

1. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต ภาระงานของพยาบาล การดูแลผู้ป่วยข้างเตียง การให้การพยาบาลโดยตรงกับผู้ป่วยและแนวคิดทีแคบ
2. ตระหนักถึงความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต
3. สามารถวิเคราะห์และจำแนกงานของพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณค่าออกจากงานที่ไม่มีคุณค่าได้อย่างเหมาะสม
4. สามารถนำความรู้และทักษะที่ได้จากการอบรมไปประยุกต์ใช้ในการกำหนดแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงในหอผู้ป่วยวิกฤตได้อย่างเหมาะสม

จากการประเมินผลการอบรมในวันที่ 1 พบว่าพยาบาลกลุ่มทดลองให้ความสนใจในการเข้ารับการอบรม มีความรู้ความเข้าใจเนื้อหาและสามารถนำเสนอผลการวิเคราะห์พร้อมกับอภิปรายร่วมกันมีการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ในการอบรมได้อย่างครบถ้วน

ชุดที่ 2 ใช้สำหรับการอบรมในวันที่ 12 ธันวาคม 2551 เวลา 8.00-16.00 น. เป็นปฏิบัติกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ แบ่งกลุ่มระดมสมอง โดยการนำความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิด

ทีแคบซึ่งเน้นหลักการสำคัญ ได้แก่ ความปลอดภัยและความน่าเชื่อถือ ความสุขในการทำงานของทีมดูแล การให้การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และการเพิ่มคุณค่าการดูแลผู้ป่วย มากำหนดแนวทางในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยการลดภาระงานที่ไม่จำเป็นและเพิ่มการพยาบาลโดยตรง และหมุนเวียนกลุ่มเพื่อระดมสมองร่วมกัน พร้อมกับการนำเสนอผลการวิเคราะห์ร่วมกับการอภิปรายเพื่อพัฒนาให้เหมาะสม และแสวงหาข้อสรุปที่มีเหตุผลประกอบรวมจำนวน 6 ชั่วโมง โดยมีผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นวิทยากรประจำกลุ่มย่อย มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรม

1. สามารถนำแนวคิดทีแคบมาใช้ในการกำหนดแนวทางในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงในหอผู้ป่วยวิกฤต

2. สามารถนำแนวทางการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงไปใช้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตในสถานการณ์จริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการประเมินผลการอบรมในวันที่ 2 พบว่าพยาบาลกลุ่มทดลองทุกคนมีส่วนร่วมในการคิดและแสดงความคิดเห็น สามารถนำเสนอและอภิปรายร่วมกันมีการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น ทำให้สามารถกำหนดแนวทางในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงในหอผู้ป่วยวิกฤตและบรรลุวัตถุประสงค์ในการอบรมได้อย่างครบถ้วน

บรรยากาศในการอบรมทั้ง 2 วัน เน้นการสร้างบรรยากาศให้ผู้เข้ารับการอบรมรู้สึกผ่อนคลาย เป็นกันเอง โดยจัดให้พักรับประทานอาหารว่างร่วมกัน และเน้นให้ให้ผู้เข้ารับการอบรมทุกคนมีส่วนร่วม คิดและร่วมแสดงความคิดเห็นในกิจกรรมร่วมกัน ซึ่งผู้เข้ารับการอบรมทุกคนมีความกระตือรือร้นสนใจร่วมกิจกรรมและแสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่ ต่างรับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ถึงแม้ว่าผู้เข้ารับการอบรมมีประสบการณ์การทำงานที่แตกต่างกันคือ 2-24 ปี แต่ผู้เข้ารับการอบรมทุกคนมีโอกาสแสดงความคิดเห็นพร้อมกับยกตัวอย่างสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในหอผู้ป่วยและเป็นที่ยอมรับในกลุ่มผู้เข้าอบรม

จากการประเมินผลการอบรมทั้ง 2 วันพบว่าผลการประเมินการอบรมพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินผลอยู่ในระดับดีมาก ($\overline{X} = 4.2$)

ระยะที่ 3 ระยะการพัฒนาคู่มือการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง

3.1 ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 1 มาจัดทำคู่มือในการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงเพื่อเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท และนำไปให้กลุ่มทดลองใช้ในการปฏิบัติงานจริงในหอผู้ป่วยวิกฤต ระหว่างวันที่ 18 ธันวาคม 2551-7 มกราคม 2552 โดยกำหนดให้มีประชุมกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง พบว่าเมื่อนำคู่มือการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงไปใช้ 3 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงกับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตได้ทุกขั้นตอนตามเกณฑ์คือ ร้อยละ 100

จำนวน 8 โครงการ ดังนั้นในวันที่ 8 มกราคม 2552 มีการประชุมกลุ่มเพื่อสรุปการพัฒนาแนวทางการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง

3.2 ผู้วิจัยดำเนินการปรับปรุงคู่มือการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงเพื่อปรับตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท จำนวน 8 โครงการให้เหมาะสมก่อนนำไปใช้ในระยะที่ 4 ของการดำเนินการวิจัยต่อไป

ระยะที่ 4 ระยะการนำแนวทางมาใช้ในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต

เป็นระยะการทดลองที่กำหนดให้กลุ่มทดลองนำแนวทางการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงมาใช้ในการปฏิบัติงานจริงในหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU-3) เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 12 มกราคม 2552 – 8 กุมภาพันธ์ 2552 โดยผู้วิจัยแจกคู่มือการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงเพื่อเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงในหอผู้ป่วยวิกฤตให้กลุ่มทดลองและให้กลุ่มทดลองบันทึกปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงานจริงในหอผู้ป่วยวิกฤตตามแบบบันทึกสถานการณ์ เพื่อนำมาเข้าร่วมประชุมกลุ่มตามวันเวลาที่กำหนด ซึ่งแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงตามแนวคิดหลักของการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง ในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท

ผลการประชุมกลุ่มพบว่า การประชุมกลุ่มย่อยสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง ในเวลา 13.00-15.00 น. ที่ห้องประชุม ICU-2 อาคาร 1 ชั้นลอย โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท เป็นเวลา 4 สัปดาห์ จำนวน 4 ครั้ง ซึ่งการประชุมมุ่งเน้นการสร้างบรรยากาศแบบเป็นกันเอง ผ่อนคลายและทุกคนสามารถแสดงความคิดเห็นอย่างกว้างขวางและเมื่อครบกำหนดการประชุมกลุ่ม 4 ครั้ง กลุ่มทดลองได้ให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม ดังนี้

1. เมื่อจบโครงการควรขยายผลเพื่อนำแนวทางการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงมาใช้ในหอผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท ทั้งหมด

2. ควรมีการจัดการอบรมให้กับสมาชิกทุกคนในหอผู้ป่วยวิกฤต และพัฒนาปรับปรุงการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงอย่างต่อเนื่อง

ผู้วิจัยได้รวบรวมความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์เหล่านี้นำเสนอต่อผู้บริหารทางการพยาบาลในโอกาสต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลการทดลอง

1. หลังจากนำแนวทางการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงมาใช้ในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยได้ส่งแบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม (Posttest) พร้อมกันทุกคนในวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2551 รวมแบบสอบถามจำนวน 30 ชุด

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลรายงานอุบัติการณ์อัตราความผิดพลาดทางการพยาบาลหลังการทดลองเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ในช่วงวันที่ 12 มกราคม-8 กุมภาพันธ์ 2552 จากแบบรายงานข้อมูลความผิดพลาดทางการพยาบาลในระบบคอมพิวเตอร์ ได้แก่ ความผิดพลาดที่เกิดจากการเลื่อนหลุดของสายหรือท่อที่ต่อจากร่างกาย และความผิดพลาดที่เกิดจากการบริหารยาของพยาบาล โดยนับเป็นจำนวนครั้งและนำมาคำนวณเป็นจำนวนครั้งต่อ 1000 วันนอน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดย

1. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทดลอง

2. ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการทดลองครั้งนี้โดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อกลุ่มตัวอย่าง

3. ข้อมูลที่ได้จากการทดลองครั้งนี้ถือเป็นความลับและจะถูกเก็บไว้ในที่ปลอดภัยรวมทั้งการนำเสนอข้อมูลจะกระทำในภาพรวม

4. หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยที่เกิดจากการทดลอง สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยตลอดเวลาโดยผู้วิจัยให้วิธีการติดต่อที่กลุ่มตัวอย่างสามารถติดต่อได้โดยสะดวก

5. กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามข้อใดหรือถอนตัวจากการทดลองได้ตลอดเวลาโดยไม่สูญเสียสิทธิใดๆที่พึงมีพึงได้จากการปฏิบัติงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งมีรายละเอียดการวิเคราะห์ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ นำมาวิเคราะห์แจกแจงความถี่และสถิติค่าร้อยละ

2. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Dependent t-test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของอัตราความผิดพลาดทางการพยาบาลก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง โดยใช้สถิติร้อยละ ดังนี้

3.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของอัตราความผิดพลาดที่เกิดจากการเลื่อนหลุดของสายหรือท่อที่ต่อจากร่างกาย โดยใช้สูตร

ความแตกต่างของอัตราความผิดพลาดที่เกิดจากการเลื่อนหลุดของสายหรือท่อที่ต่อจากร่างกาย

$$= \frac{(A-B) \times 100}{A}$$

A = อัตราความผิดพลาดที่เกิดจากการเลื่อนหลุดของสายหรือท่อที่ต่อจากร่างกายก่อนการทดลอง (จำนวนครั้งต่อ1000 วันนอน)

B = อัตราความผิดพลาดที่เกิดจากการเลื่อนหลุดของสายหรือท่อที่ต่อจากร่างกายหลังการทดลอง (จำนวนครั้งต่อ1000 วันนอน)

3.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของอัตราความผิดพลาดที่เกิดจากการบริหารยาของพยาบาล

ความแตกต่างของอัตราความผิดพลาดที่เกิดจากการบริหารยาของพยาบาล

$$= \frac{(C-D) \times 100}{C}$$

C = อัตราความผิดพลาดที่เกิดจากการบริหารยาของพยาบาลก่อนการทดลอง (จำนวนครั้งต่อ1000 วันนอน)

D = อัตราความผิดพลาดที่เกิดจากการบริหารยาของพยาบาลหลังการทดลอง (จำนวนครั้งต่อ1000 วันนอน)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สรุปขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 ติดต่อประสานงานหน่วยงานของกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอทำการวิจัยและเก็บข้อมูลการวิจัย

1.2 ติดต่อประสานงานกับฝ่ายการพยาบาลเพื่อเตรียมการจัดอบรม

1.3 เตรียมผู้กลุ่มทดลองโดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 30 คน

1.4 ติดต่อประสานงานกับฝ่ายอาคารสถานที่เพื่อเตรียมสถานที่และกำหนดวันจัดอบรม

↓

1. ประเมินความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มทดลอง
2. รวบรวมข้อมูลอัตราความผิดพลาดทางการพยาบาล ในหอผู้ป่วยวิกฤต

↓

2. ขั้นการดำเนินการทดลอง

ดำเนินการทดลองใช้โปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง

2.1 ขั้นการให้ความรู้ เน้นการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต ภาระงานของพยาบาล การดูแลผู้ป่วยข้างเตียงและรูปแบบการให้การพยาบาลโดยตรงกับผู้ป่วยโดยใช้แนวคิดของทีแคบซึ่งเน้นหลักการสำคัญ ได้แก่ ความปลอดภัยและความน่าเชื่อถือ ความสุขในการทำงานของทีมดูแล การให้การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และการเพิ่มคุณค่าการดูแลผู้ป่วย โดยใช้วิธีการบรรยาย อภิปราย ตามแผนอบรม 6 ชั่วโมง จำนวน 1 วัน

2.2 ขั้นพัฒนาแนวทาง เน้นการนำความรู้ความเข้าใจในขั้นตอนที่ 2.1 มาพัฒนาเป็นแนวทางในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยการลดภาระงานที่ไม่จำเป็นและเพิ่มการพยาบาลโดยตรง และพัฒนาให้เหมาะสม โดยใช้วิธีการระดมสมอง และเน้นการมีส่วนร่วมของกลุ่มทดลองตามแผนอบรมวันละ 6 ชั่วโมง จำนวน 1 วัน

2.3 ขั้นนำแนวทางมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย เน้นการนำแนวทางที่พัฒนาขึ้นในขั้นตอนที่ 2 มาใช้ในหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นเวลา 4 สัปดาห์ และกำหนดให้มีการประชุมอภิปรายร่วมกันสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆละ 2 ชั่วโมง เพื่อทบทวนและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในแนวทางการพยาบาลข้างเตียง

↓

3. ขั้นประเมินผลการทดลอง

1. ประเมินความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพหลังดำเนินการทดลองเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ (12 มกราคม-8 กุมภาพันธ์ 2552)

2. รวบรวมข้อมูลอัตราความผิดพลาดทางการพยาบาล ในหอผู้ป่วยวิกฤต ในช่วงระยะเวลาทำการทดลองเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพและอัตราการเกิดความผิดพลาดทางการพยาบาล มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงและ เพื่อเปรียบเทียบอัตราการเกิดความผิดพลาดทางการพยาบาลก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง ซึ่งแบบการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ใช้รูปแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังทดลอง (The one group pretest-posttest) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 เปรียบเทียบความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบอัตราการเกิดความผิดพลาดทางการพยาบาล ดังนี้

2.1 เปรียบเทียบอัตราการเกิดความผิดพลาดที่เกิดจากการเลื่อนหลุดของสายหรือท่อที่ต่อจากร่างกายก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง

2.2 เปรียบเทียบอัตราการเกิดความผิดพลาดที่เกิดจากการบริหารยาของพยาบาลก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 เปรียบเทียบความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงแบบทีแคบ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง (N = 30)

ความพึงพอใจในงาน	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			df	t	p-value
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ			
ลักษณะงาน	3.59	0.43	มาก	4.00	0.54	มาก	29	-3.76	0.001
ความเป็นอิสระ	3.48	0.47	ปานกลาง	3.84	0.54	มาก	29	-3.55	0.001
ความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน	3.43	0.45	ปานกลาง	3.73	0.59	มาก	29	-3.81	0.001
รวม	3.50	0.39	มาก	3.86	0.52	มาก	29	-4.29	0.000

จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ ในด้านลักษณะงานด้านความเป็นอิสระ ด้านความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน โดยรวมสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความผิดพลาดทางการพยาบาลก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงแบบทีแคบ

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบอัตราการเกิดความผิดพลาดที่เกิดจากการเลื่อนหลุดของสายหรือท่อที่ต่อจากร่างกายก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง

	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ค่าความแตกต่างก่อนและหลังทดลอง	
ความผิดพลาดทางการพยาบาล	จำนวน (ครั้งต่อ 1000 วันนอน)	จำนวน (ครั้งต่อ 1000 วันนอน)	จำนวน (ครั้งต่อ 1000 วันนอน)	ร้อยละ
อัตราการเลื่อนหลุดของสายหรือท่อที่ต่อจากร่างกาย	17.63	9.65	7.98	45.26

จากตารางที่ 4 พบว่าอัตราการเกิดความผิดพลาดที่เกิดจากการเลื่อนหลุดของสายหรือท่อที่ต่อจากร่างกาย ในหอผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาล สมิติเวช สุขุมวิท โดยก่อนการทดลองจำนวนผู้ป่วยเฉลี่ย 14 คนต่อวัน มีอัตราการเกิดความผิดพลาดเท่ากับ 7 ครั้งต่อ 397 วันนอนหรือคิดเป็น 17.63 ครั้งต่อ 1000 วันนอน และหลังการทดลองจำนวนผู้ป่วยเฉลี่ย 12 คนต่อวัน มีอัตราการเกิดความผิดพลาดเท่ากับ 3 ครั้งต่อ 311 วันนอนหรือคิดเป็น 9.65 ครั้งต่อ 1000 วันนอน จึงสรุปได้ว่าหลังการทดลองอัตราการเกิดความผิดพลาดที่เกิดจากการเลื่อนหลุดของสายหรือท่อที่ต่อจากร่างกายลดลงจากก่อนการทดลอง 7.98 ครั้งต่อ 1000 วันนอน หรือคิดเป็นร้อยละ 45.26

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบอัตราการเกิดความผิดพลาดที่เกิดจากการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง

	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ค่าความแตกต่างก่อนและหลังทดลอง	
ความผิดพลาดทางการพยาบาล	จำนวน (ครั้งต่อ 1000 วันนอน)	จำนวน (ครั้งต่อ 1000 วันนอน)	จำนวน (ครั้งต่อ 1000 วันนอน)	ร้อยละ
อัตราความผิดพลาดจากการบริหารยาของพยาบาล (การให้ยาผิดขนาด หรือ Wrong dose error)	5.04	0.00	5.04	100.00

จากตารางที่ 5 พบว่าอัตราการเกิดความผิดพลาดที่เกิดจากการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ ในหอผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาล สมิติเวช สุขุมวิท โดยก่อนการทดลองจำนวนผู้ป่วยเฉลี่ย 14 คนต่อวัน มีอัตราการเกิดความผิดพลาดเท่ากับ 2 ครั้งต่อ 397 วันนอน หรือคิดเป็น 5.04 ครั้งต่อ 1000 วันนอน และหลังการทดลองจำนวนผู้ป่วยเฉลี่ย 12 คนต่อวัน มีอัตราการเกิดความผิดพลาดเท่ากับ 0 ครั้งต่อ 311 วันนอนหรือคิดเป็น 0 ครั้งต่อ 1000 วันนอน จึงสรุปได้ว่าหลังการทดลองอัตราการเกิดความผิดพลาดที่เกิดจากการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ ลดลงจากก่อนการทดลอง 5.04 ครั้งต่อ 1000 วันนอน หรือคิดเป็นร้อยละ 100

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ใช้รูปแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังทดลอง (The one group pretest-posttest) วัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง และเพื่อเปรียบเทียบอัตราการเกิดความผิดพลาดทางการพยาบาลก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิทจำนวน 30 คน โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แผนการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตด้วยแนวคิดการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง จำนวน 2 ชุด คู่มือการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง แบบบันทึกสถานการณ์การปฏิบัติตามแนวทางการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง และใบกำกับการทดลอง ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวมรวมข้อมูลคือแบบรายงานความผิดพลาดทางการพยาบาลและแบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) เท่ากับ .91 นำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างและนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbrach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ .89

ดำเนินการทดลองโดยหลังจากให้กลุ่มทดลองทำแบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพก่อนการทดลอง (Pretest) และเก็บอัตราความผิดพลาดทางการพยาบาลหลังจากนั้นได้ดำเนินการทดลองเป็น 2 ระยะคือ ระยะการฝึกอบรม โดยอบรมตามแผนการอบรมเรื่อง "การดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตด้วยแนวคิดการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง" ใช้เวลาในการอบรม 2 วันๆละ 6 ชั่วโมง และระยะการนำแนวทางมาใช้ในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตระหว่างวันที่ 12 มกราคม-8 กุมภาพันธ์ 2552 โดยใช้คู่มือในการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงที่กลุ่มทดลองได้ร่วมกันจัดทำขณะอบรมเป็นแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ เมื่อครบกำหนดเวลาให้พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามประเมินความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพอีกครั้ง (Posttest) และเก็บข้อมูลอัตราความผิดพลาดทางการพยาบาลจากรายงานอุบัติการณ์ของคณะกรรมการความเสี่ยงโรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ของคะแนนความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงโดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Dependent t-test) และเปรียบเทียบความแตกต่างของอัตราความผิดพลาดทางการพยาบาลก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงโดยใช้สถิติร้อยละ

สรุปผลการวิจัย

1. ความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มทดลองที่ใช้โปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงหลังการทดลอง ($\overline{X}$ = 3.86) สูงกว่าก่อนทดลอง ($\overline{X}$ = 3.50) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. อัตราการเกิดความผิดพลาดทางการพยาบาลได้แก่ อัตราการเกิดความผิดพลาดที่เกิดจากการเลื่อนหลุดของสายหรือท่อที่ต่อจากร่างกายหลังการใช้โปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง (9.65 ครั้งต่อ 1000 วันนอน) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง (17.63 ครั้งต่อ 1000 วันนอน) และอัตราการเกิดความผิดพลาดที่เกิดจากการบริหารยาหลังการใช้โปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง (0 ครั้งต่อ 1000 วันนอน) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง (5.04 ครั้งต่อ 1000 วันนอน)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงในหอผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. ความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มทดลองก่อนและหลังใช้โปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง

ผลจากการศึกษาพบว่าความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มทดลองภายหลังจากที่ใช้โปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงสูงกว่าก่อนที่ใช้โปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงในทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 3) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 อธิบายได้ว่า เนื่องจากโปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงทำให้พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤตทุกคนสามารถใช้ความคิดอิสระในการกำหนดกระบวนการทำงาน โดยมีส่วนร่วมการวิเคราะห์กระบวนการทำงานและวางแผนในการปรับเปลี่ยนกระบวนการการทำงาน

ในหอผู้ป่วยวิกฤตเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย โดยมีหลักการลดภาระงานที่ไม่จำเป็นของพยาบาล และเปลี่ยนแปลงรูปแบบการทำงานโดยใช้ทีมพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้มีการพยาบาลโดยตรงกับผู้ป่วยมากขึ้นซึ่งเป็นคุณลักษณะของการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเอกลักษณ์ของวิชาชีพ เช่น ความมีอิสระในการทำงาน มีเวลาเพียงพอในการดูแลผู้ป่วย (Rutherford, Lee and Greiner, 2004) หรืออีกนัยหนึ่งก็คือการพยาบาลข้างเตียง (Bed-side care) ทั้งนี้เพราะทำให้พยาบาลมีความรู้สึกว่าตนเองสามารถทำงานได้อย่างอิสระ โดยอาศัยหลักการและวิธีการที่ตนเองได้เรียนรู้มาอย่างเต็มที่ ซึ่งเป็นการปฏิบัติงานตามบทบาทของพยาบาลโดยตรงเพราะมีจุดมุ่งหมายที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลเพิ่มขึ้นกับผู้ป่วย (Nursing outcome) รวมทั้งมีการให้ความช่วยเหลือกัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันทำให้บรรยากาศในการทำงานอบอุ่นเป็นมิตร ระหว่างผู้ร่วมงานในการดูแลผู้ป่วยส่งเสริมให้เกิดบรรยากาศสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ดี สิ่งเหล่านี้เป็นส่วนส่งเสริมให้เกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในงานของ Spector (1997) ที่กล่าวว่า ความพึงพอใจเป็นความรู้สึกนึกคิดที่มีต่องาน และมีองค์ประกอบที่สำคัญคือ ลักษณะงาน ความก้าวหน้าในงาน การบังคับบัญชา สิ่งจูงใจที่ไม่ใช่เงิน สภาพการทำงาน การติดต่อสื่อสารและผู้ร่วมงาน และสอดคล้องกับ Slavitt et al. (1978) ซึ่งนำมาใช้ในการประเมินความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤตก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง โดยกล่าวถึงส่วนประกอบสำคัญที่ทำให้เกิดความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพได้แก่ความเป็นอิสระในการทำงาน ลักษณะงาน และความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน

เมื่อพิจารณาด้านลักษณะงาน พบว่า ความพึงพอใจด้านลักษณะงานภายหลังจากที่ใช้โปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจาก พยาบาลกลุ่มทดลองมีโอกาสใช้ความรู้ความสามารถในการวางแผนเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโดยลดภาระงานเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานตามบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโดยตรงทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นกับผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้ทำให้พยาบาลมีความภาคภูมิใจในการทำงาน เกิดความพึงพอใจเพิ่มขึ้น ดังเห็นได้จากหลักการสำคัญของทีแคบด้านการเพิ่มคุณค่าการดูแล (Increasing value) โดยโครงการ Nurse's note กึ่งสำเร็จรูป และโครงการโอมเพี้ยง หายไป ทำให้พยาบาลสามารถลดระยะเวลาในการบันทึกเอกสาร และมีเวลาในการให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงมากขึ้น โดยหลักการสำคัญยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centeredness) จากโครงการป้ายสื่อสาร หัวใจเดียวกันและโครงการรับใหม่หัวใจไม่ว้าเหว่ และหลักการสำคัญความปลอดภัยและความน่าเชื่อถือ (Safety and reliability) จากโครงการความปลอดภัยใกล้ตัว ตั้งสติก่อนสตาร์ทและโครงการสิ่งหนึ่ง สิ่งเดียวที่ต้องรักษา ทำให้ความผิดพลาดทางการพยาบาลลดลง เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีขึ้น ซึ่งจากการศึกษาของ

Robert Wood Johnson Foundation and the Institute for Healthcare Improvement (2008) พบว่าการให้เวลาในการปฏิบัติการพยาบาลข้างเตียงมากขึ้น เป็นการเพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย ทำให้พยาบาลวิชาชีพได้ปฏิบัติงานตามวิชาชีพอย่างเต็มที่ ซึ่งสอดคล้องกับ Slavitt et al. (1978) ที่กล่าวว่า พยาบาลวิชาชีพได้ใช้ความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ มีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินการพัฒนางาน การควบคุมคุณภาพการพยาบาล มั่นใจและภาคภูมิใจในงานที่ปฏิบัติเมื่อเกิดคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตและเกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี ทำให้พยาบาลเกิดความพึงพอใจเพิ่มขึ้น

เมื่อพิจารณาด้านความเป็นอิสระในการทำงาน พบว่า ความพึงพอใจด้านความเป็นอิสระในการทำงาน ภายหลังจากที่ใช้โปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากพยาบาลกลุ่มทดลองมีโอกาสใช้ความรู้ความสามารถในการวางแผนเพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการในหน่วยงานและ สามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระในการกำหนดกระบวนการต่างๆในการทำงานโดยวิธี Brain stroming และสามารถแสดงความคิดเห็น โดยใช้หลักการสำคัญคือการส่งเสริมความสุขในการทำงานของทีมดูแล (Care team vitality) โดยโครงการ Open heart และเพื่อนช่วยเพื่อน ทำให้พยาบาลได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็น นอกจากนี้เมื่อพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงมากขึ้น โดยหลักการสำคัญยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centeredness) จากโครงการป้ายสื่อสาร หัวใจเดียวกันและโครงการรับใหม่ หัวใจไม่ว้าเหว่ ทำให้พยาบาลสามารถปฏิบัติงานในบทบาทอิสระได้อย่างเต็มที่ ซึ่งสอดคล้องกับ Ellis and Nowlis (1995) ที่กล่าวว่า การปฏิบัติงานในบทบาทอิสระพยาบาลวิชาชีพจะต้องใช้ความรู้และสติปัญญามากกว่าบทบาทอื่นในการวางแผนการพยาบาลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการดูแลแบบองค์รวม มีการคิดหาเหตุผล และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสมด้วยตนเอง เป็นการเน้นอิสระภาพในการปฏิบัติงานมากขึ้น ทำให้พยาบาลมีความภาคภูมิใจในการทำงาน มองเห็นความสำเร็จของการทำงานและเป็นการปฏิบัติตามคุณลักษณะของวิชาชีพอย่างแท้จริง สอดคล้องกับ Slavitt et al. (1978) ที่กล่าวว่า พยาบาลวิชาชีพได้ใช้ความคิดอิสระในการกำหนดกระบวนการทำงาน ใช้ความสามารถในการรวบรวมข้อมูล เพื่อประเมินปัญหา และตัดสินใจในการให้การพยาบาลผู้ป่วยภายใต้ขอบเขตของพยาบาลวิชาชีพได้อย่างครอบคลุมทำให้พยาบาลเกิดความพึงพอใจเพิ่มขึ้น

เมื่อพิจารณาด้านความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน พบว่า ความพึงพอใจด้านความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน ภายหลังจากที่ใช้โปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพร่วมกันในการวางแผนและปรับกระบวนการทำงานทำให้เกิดทีมการดูแลที่มีประสิทธิภาพภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมและมุ่งมั่นให้เกิดการพัฒนา และปรับระบบงานเพื่อสนับสนุนให้ทุกคนในทีม

ดูแลทำงานอย่างมีความสุข มีการสื่อสารกัน ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีการช่วยเหลือกันในการแก้ปัญหาในระหว่างปฏิบัติงานและพูดคุยขอคำแนะนำได้ตลอดเวลา ทำให้เกิดบรรยากาศในการทำงานที่ดี การใช้หลักการสำคัญด้านความสุขในการทำงานของทีมดูแล (Care team vitality) โดยโครงการ Open heart และโครงการเพื่อนช่วยเพื่อน ทำให้พยาบาลให้ความช่วยเหลือกัน แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันทำให้เกิดความร่วมมือในการทำงานกันมากขึ้น สอดคล้องกับ Slavitt et al. (1978) ที่กล่าวว่า การทำงานเป็นทีมและการเกิดความร่วมมือในการทำงาน มีการประสานงาน ติดต่อสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยและบุคลากรอื่นๆในทีมสุขภาพ ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ความเชื่อถือไว้วางใจ และบรรยากาศในการทำงานอบอุ่นเป็นมิตรระหว่างผู้ร่วมงาน ในการดูแลผู้ป่วยเป็นการสร้างบรรยากาศสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ดีทำให้พยาบาลเกิดความพึงพอใจเพิ่มขึ้น

2. อัตราการเกิดความผิดพลาดทางการพยาบาลก่อนและหลังใช้โปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง

ผลการศึกษาพบว่าอัตราการเกิดความผิดพลาดทางการพยาบาลภายหลังจากที่ใช้โปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงต่ำกว่าก่อนใช้โปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง (ตารางที่ 4 และตารางที่ 5) อธิบายได้ว่า เนื่องจากภาระงานมากขึ้น ส่งผลต่อการให้การพยาบาลข้างเตียงหรือการพยาบาลโดยตรงลดน้อยลงทำให้การดูแลผู้ป่วยไม่ครอบคลุมกาย จิต วิญญาณและสังคม ก่อให้เกิดความผิดพลาด (Error) ได้ (เพ็ญจันทร์ แสนประสานและคณะ, 2549) ซึ่งความผิดพลาดทางการพยาบาล ได้แก่ การพลัดตกหกล้ม การบันทึกทางการพยาบาลไม่ครบสมบูรณ์ การทำหัตถการที่ไม่ถูกต้อง การสื่อสารข้อมูลคลาดเคลื่อน และ การบริหารยาผิดพลาด (Swansburg and Swansburg, 2002) การนำโปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงมาใช้ มีเป้าหมายในด้านความปลอดภัยและความน่าเชื่อถือ คือดูแลผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลให้เกิดความปลอดภัย เมื่อพยาบาลกลุ่มตัวอย่างออกแบบระบบงานโดยลดภาระงานของพยาบาลทำให้พยาบาลมีเวลาเฝ้าระวังผู้ป่วยมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดความผิดพลาดทางการพยาบาลลดลง ซึ่งผู้วิจัยมีการศึกษาอัตราการเกิดความผิดพลาดที่เกิดจากการเลื่อนหลุดของสายหรือท่อที่ต่อจากร่างกายและอัตราการเกิดความผิดพลาดที่เกิดจากการบริหารยาของพยาบาล

2.1 อัตราการเกิดความผิดพลาดที่เกิดจากการเลื่อนหลุดของสายหรือท่อที่ต่อจากร่างกายก่อนและหลังใช้โปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง ในหอผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาล สมิติเวช สุขุมวิท ซึ่งพบว่า หลังการทดลองอัตราการเกิดความผิดพลาดที่เกิดจากการเลื่อนหลุดของสายหรือท่อที่ต่อจากร่างกายลดลงจากก่อนการทดลองร้อยละ 45.26 อธิบายได้ว่าพยาบาลกลุ่มทดลองซึ่งเข้ารับการอบรมตามแผนการอบรมได้ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นโดยการวิเคราะห์สาเหตุที่

ทำให้เกิดการเลื่อนหลุดของสายหรือท่อที่ต่อจากร่างกาย และร่วมกันคิดระบบในการป้องกันการเกิดความผิดพลาดโดยนำหลักการสำคัญของทีแคบด้านความปลอดภัยและความน่าเชื่อถือ (Safety and reliability) มากำหนดให้มีโครงการสิ่งหนึ่ง สิ่งเดียวที่ต้องรักษา ซึ่งเป็นวิธีการปรับระบบและรูปแบบการทำงานใหม่ๆในการเฝ้าระวังและป้องกันสาเหตุที่ทำให้เกิดความผิดพลาดจากการเลื่อนหลุดของสายหรือท่อที่ต่อจากร่างกาย ซึ่งสอดคล้องกับ Rutherford, Lee and Greiner (2004) ที่กล่าวว่า ส่วนใหญ่ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยไม่ได้เกิดจากความสามารถของบุคคลากร แต่เกิดจากความล้มเหลวเชิงระบบทำให้เกิดความผิดพลาดทางการพยาบาล การลดภาระงานของพยาบาลทำให้พยาบาลมีเวลาให้การพยาบาลข้างเตียงเพิ่มขึ้น ทำให้พยาบาลกลุ่มทดลองมีการเฝ้าระวังและป้องกันสาเหตุที่ทำให้เกิดความผิดพลาดจากการเลื่อนหลุดของสายหรือท่อที่ต่อจากร่างกาย ส่งผลให้ความผิดพลาดจากการเลื่อนหลุดของสายหรือท่อที่ต่อจากร่างกายลดลง เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีขึ้น

2.2 อัตราการเกิดความผิดพลาดที่เกิดจากการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังใช้โปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง ในหอผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาล สมิติเวช สุขุมวิท ซึ่งพบว่า หลังการทดลองอัตราการเกิดความผิดพลาดที่เกิดจากการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพลดลงจากก่อนการทดลองร้อยละ 100 อธิบายได้ว่าพยาบาลกลุ่มทดลองซึ่งเข้ารับการอบรมตามแผนการอบรมได้ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นโดยการวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้เกิดความผิดพลาดจากการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพและร่วมกันคิดระบบในการป้องกันการเกิดความผิดพลาดโดยนำหลักการสำคัญของทีแคบด้านความปลอดภัยและความน่าเชื่อถือ (Safety and reliability) มากำหนดให้มีโครงการความปลอดภัยใกล้ตัว ตั้งสติก่อนสตาร์ท ทำให้พยาบาลกลุ่มทดลองมีการเฝ้าระวังและป้องกันสาเหตุที่ทำให้เกิดความผิดพลาดจากการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพโดยพยาบาลมีการเฝ้าระวังในกระบวนการต่างๆในการบริหารยาเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ Rutherford, Lee and Greiner (2004) ที่กล่าวว่า การปรับระบบการทำงานโดยการทบทวนกระบวนการทำงานเพื่อหาแนวทางในการป้องกันความผิดพลาด โดยจัดระบบการบริหารยาเพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วย นอกจากนี้การลดภาระงานของพยาบาลทำให้พยาบาลมีเวลาให้การพยาบาลข้างเตียงเพิ่มขึ้น สามารถปฏิบัติงานตามระบบที่วางไว้ ทำให้ความผิดพลาดที่เกิดจากการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพลดลง เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีขึ้น

ดังนั้นผลการทดลองจึงสรุปได้ว่าโปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงมีผลทำให้อัตราการเกิดความผิดพลาดทางการพยาบาล ได้แก่ อัตราการเกิดความผิดพลาดที่เกิดจากการเลื่อนหลุดของสายหรือท่อที่ต่อจากร่างกายและอัตราการเกิดความผิดพลาดที่เกิดจากการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ ในหอผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาล สมิติเวช สุขุมวิท ลดลง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 โปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงส่งผลให้ความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้น จึงควรนำไปใช้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรม เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในงาน

1.2 โปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงส่งผลให้ความผิดพลาดทางการพยาบาลลดลง จึงควรนำแนวคิดทีแคบไปปรับใช้ในกระบวนการพัฒนาคุณภาพและผลลัพธ์ทางคลีนิกในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรม

1.3 โปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงมีหลักการโดยลดภาระงานและพัฒนาคุณภาพการให้บริการ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งเป็นกระบวนการทางการปฏิบัติการพยาบาลที่มีความสำคัญ จึงเป็นแนวทางการทำงานที่ผู้บริหารทางการพยาบาลควรนำไปประยุกต์ใช้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรม

1.4 โปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง ส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพได้ใช้ความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ มีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินการพัฒนางาน ผู้บริหารทางการควรให้การสนับสนุนเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความภาคภูมิใจในงานที่ปฏิบัติ

1.3 จากการประเมินผลของกลุ่มทดลองที่เข้ารับการอบรมพบว่าส่วนใหญ่ต้องการให้มีการจัดการอบรมสมาชิกทุกคนในหอผู้ป่วยวิกฤต และพัฒนาปรับปรุงการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงอย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

2.1 ในการนำโปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงไปใช้ในโรงพยาบาลและหน่วยงานที่ต่างกันควรคำนึงถึงบริบท และสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อให้โปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงสามารถใช้ให้เกิดประโยชน์ได้อย่างแท้จริง

2.2 ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยอื่นๆที่สามารถนำมาพัฒนาการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง และศึกษาผลลัพธ์อื่นๆของการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง เช่น อัตราการเกิดพลัดตกหกล้ม อัตราการเกิดแผลกดทับ อัตราการเกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาล และความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย เป็นต้น

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กาญจนา คงแก้ว. 2550. **พยาบาลที่เพียงพอและมีประสิทธิภาพจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://www.southnurse.com[2551, กรกฎาคม 8]

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลสมิติเวช. 2550. **รวบรวมข้อมูลการรายงานอุบัติการณ์ปี 2550**. กรุงเทพมหานคร: คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลสมิติเวช. (อัดสำเนา)

คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2554. 2550. **แผน 10 ยุทธศาสตร์สุขภาพพอเพียง**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://www.moph.go.th[2551, กรกฎาคม 8]

ชลธิรา กองจริต. 2547. **ตัวชี้วัดคุณภาพการบริหารการพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลศูนย์**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ดารณี พันธ์ศรี. 2545. **ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจในตน คุณค่าของงาน บรรยากาศองค์การ กับการปฏิบัติบทบาทอิสระในการปฏิบัติการพยาบาล ตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลทั่วไป**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ธิดา นิงสานนท์, สุวัฒนา จุฬาวัฒนทล และ ปรีชา มนทกานติกุล. 2549. **การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย**. กรุงเทพมหานคร: ประชาชน.

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. 2550. **ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์การพยาบาลในศตวรรษที่ 21**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ประคอง กรรณสูต. 2541. **สถิติเพื่อการวิจัย คำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์. 2543. **จิตวิทยาบริหารงานบุคคล**. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.

ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์. 2544. **จิตวิทยาบริหารงานบุคคล**. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์สื่อเสริมกรุงเทพฯ.

ปัทมาภรณ์ สรรพรชัยพงษ์. 2545. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สภาพแวดล้อมในการทำงานกับความพึงพอใจในงาน ของพยาบาลประจำการงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชุมชน ภาคกลาง**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. 2533. การพัฒนาคุณภาพการพยาบาล. **การประชุมวิชาการครั้งที่ 5, 25 - 26 มกราคม สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลศิริราช**. กรุงเทพมหานคร: ภาพพิมพ์.

พัชรี เจริญพร. 2546. **ผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการ และความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พัชรินทร์ สรไชยเมธา. 2545. **การศึกษาอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟูตามความต้องการการพยาบาล ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พิศมัย คุณาภรณ์. 2546. **ผลการใช้รูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่ต่อความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วยและความพึงพอใจในงานของพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และ คณะ. 2549. **การจัดการทางการพยาบาลเพื่อความปลอดภัย**. กรุงเทพมหานคร: สุขุมวิทการพิมพ์.

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และ คณะ. 2549. **เส้นทางสู่การพยาบาลยอดเยี่ยม**. กรุงเทพมหานคร: สุขุมวิทการพิมพ์.

ฟาริดา อิบราฮิม. 2541. **นิเทศวิชาชีพและจริยศาสตร์สำหรับพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สามเจริญพาณิชย์.

รัชชฎาพร สีดาดาย. 2548. **ตัวประกอบความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลศูนย์**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

รัตนา เซียวศิริถาวร. 2546. **ความสัมพันธ์ระหว่างภาระจากงาน ความสามารถในการควบคุมงานกับความผาสุกทางใจในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลเขต 2 สังกัดกระทรวงสาธารณสุข**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วิจิตรา กุสุมภ์. 2546. **การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต**. กรุงเทพมหานคร: สหประชาพาณิชย์.

วีณา จีระแพทย์. 2544. **สารสนเทศทางการพยาบาลและทางสุขภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วีณา จีระแพทย์ และ เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. 2550. **การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย แนวคิด กระบวนการ และแนวปฏิบัติความปลอดภัยทางคลินิก**. กรุงเทพมหานคร: ด่าน สุทธาการพิมพ์.

สภาการพยาบาล. 2540. พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540. กรุงเทพมหานคร: เดอะเบส กราฟฟิค แอนด์ ปริ้นท์.

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ สมเด็จพระศรีนครินทรา บรมราชชนนี และสภาการพยาบาล. 2550. รวมพลังพยาบาล สู่สุขภาพประชาชาติ. **เอกสารประกอบการประชุม การประชุมพยาบาลแห่งชาติ ครั้งที่ 13.** หน้า 19-20. 5-9 พฤศจิกายน 2550 ณ หอประชุมกองทัพเรือ กรุงเทพมหานคร.

สิริพร โกวิทเทวาวงศ์. 2547. **การศึกษาตัวประกอบสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลรัฐบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภและชวนพิศ ทำนอง. 2551. **การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต**. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

สุปราณี เสนาดิสัย. 2547. **การพยาบาลพื้นฐานแนวคิดและการปฏิบัติ**. พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพมหานคร: จุดทอง.

เสนาะ ติเยาว์. 2544. **การบริหารงานบุคคล**. พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. 2543. **คุณภาพของระบบสุขภาพ**. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

อภิรดี แสงศิริโรจน์. 2545. **การศึกษาอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาล ตามกิจกรรมการพยาบาล ในหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมทั่วไป: กรณีศึกษาโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

Alabama State Nurses' Association. 2004. **ANA code of ethics for nurses with interpretive statement**. New York: ProQuest Information and Learning. (Copyright)

Alberta Association of Registered Nurses. 2005. **Survey Results Demonstrate Improved Nurse Job Satisfaction**[Online]. Available from: http://findarticles.com/p/articles/mi_qa3929/is_200506/ai_n13643140[2008, July 7]

American Nurses Association. 2007. **Guidelines for its Nursing care Hours Per Patient Day indicator (NHPPD)**[Online]. Available from: http://www.nursingworld.org/[2008, July 1]

American Association of Critical Care Nursing. 2008. **Standards for acute and critical care nursing practice**[Online]. Available from: http://www.Aacn.orgn/AACN/practice.nst[2008, June 1]

Creasia, L. J., and Parker, B. 2001. **Conceptual foundation: The bridge to professional nursing practice**. 3rd ed. St. Louis, Missouri: A Harcourt Health Sciences.

Ellis, J. R., and Nowlis, E. A. 1995. **Nursing: A human needs approach**. 5th ed. Philadelphia: W. B. Saunders.

Gillies, D. A. 1994. **Nursing management: A system approach**. 3rd ed. Philadelphia: J. B. Lippincott.

Hardy, M. E., and Conway, M. E. 1988. **Role theory: Perspective for health professionals**. 2nd ed. California: Appleton & Lange.

Hudak, C. M., Gallo, B. M., and Morton, P.G. 1998. **Critical care nursing a holistic approach**. Philadelphia: Lippincott-Raven.

Joint Commission International. 2007. **Joint Commission International Accreditation standards for hospital**. 3rd ed. Illinois: Joint Commission Resource. (Copyright)

Kettle, J. L. 2001. **Factor affect job satisfaction in the registered nurse**[Online]. Available from: http://juns.nursing.arizona.edu/articles/Fall%202002/Kettle.htm[2008, July 7]

Medical Malpractice Attorney. 2008. **Nursing error**[Online]. Available from: http://www.medical-malpractice-attorney-source.com/medical_malpractice/nursing-error.html[2008, July 7]

Neufeldt, V., and Guralnik, B.D. 1988. **Webster's new world dictionary of American English**. New York: Webster's New World.

Robert Wood Johnson Foundation and the Institute for Healthcare Improvement. 2008. **A new era in nursing: Transforming Care At the Bedside**[Online]. Available from: http://www.ihi.org/IHI/TransformingCareAtTheBedside/[2008, July 1]

Robbins, S. P. 2003. **Organizational behavior**. 10th ed. New Jersey: Prentice-Hall.

Rutherford, P., Lee, B., and Greiner. 2004. **Innovation series 2004: Transforming Care At the Bedside**[Online]. Available from: http://www.ihi.org/IHI/Results/WhitePapers/TransformingCareattheBedsideWhitePaper.htm[2008, March 1]

Scherubel, J. C., and Minnick, A. E. 1994. Implementation of work Samping methodology. **Nursing Research** 43 (2): 120-123.

Sole, M. L., Klein, D. G., and Moseley, M.J. 2005. **Introduction to critical care nursing**. Philadelphia: Elsevier's Health Sciences Rights Department.

Spector, P. E. 1997. **Job satisfaction: Application, assessment, cause and consequence**. London: SAGE.

Swansburg, R. C., and Swansburg, R. J. 2002. **Management and leadership for nurse managers**. Massachuseets: Jones and Bartlett.

The Institute for Healthcare Improvement. 2008. **ThedaCare decreses the average number of times per shift that a nurse leaves a patient's bedside to obtain supplies form three to one**[Online]. Available from: http://www.ihi.org/IHI/Topics/MedicalSurgicalCare.htm[2008, July 1]

Upenieks, V. V., Akhavan, J. A., Kotlerman, J. K., Esser, J., and Ngo, M. J. 2007. Value-added care: A new way of assessing nursing staffing ratios and workload variability. **The journal of nursing administration** 37 (5): 243-252.

Urden, J. D., and Roode, J. L. 1997. Work sampling: A decision-making tool for determining resources and work redesign. **The journal of nursing administration** 27 (9): 34-41.

Viney, M., Batcheller, J., Houston, S., and Belcik, K. 2006. Transforming Care at the Bedside: Designing new care systems in an age of complexity. **Journal Nursing Care Quality** 21: 143-150.

Williams, L., and Wilkins. 2004. **Critical care nursing made incredibly easy**. New York: Wolters Kluwer.

Williams, L., and Wilkins. 2006. **Manual of nursing practice**. New York: Lippincott-Raven.

.

ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

รายชื่อ	**ตำแหน่ง**
1. แพทย์หญิงสมสิริ สกลสัตยาทร	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท
2. นางอัจฉรา คงกิตติมากุล	ผู้จัดการฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท
3. ดร. สมสมัย สุธีรศานต์	หัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
4. พันตรีหญิง ธมนพัชร์ สิมากร	หัวหน้าสำนักงานวิชาการกองออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ที่ปรึกษาผู้เยี่ยมสำรวจ สถาบันพัฒนาและ รับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA Thailand)
5. นางพรทิพย์ ควรคิด	หัวหน้าหอผู้ป่วยตึกจงกลนีวัฒนวงศ์ ชั้น3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ข

หนังสือขอความร่วมมือในการทำวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/2048

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

2 พฤศจิกายน 2551

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมิติเวชสุขุมวิท

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างการวิจัย จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือการวิจัย จำนวน 1 ชุด

เนื่องด้วย นางนิษฐ์อร วชิรสวัสดิ์ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงแบบทีแคบต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพและอัตราการเกิดความผิดพลาดทางการพยาบาล" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชุกูล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

แพทย์หญิงสมศรี สกลสัตยาทร
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท
10 NOV 2008

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชุกูล โทร. 0-2218-9822
ชื่อนิสิต นางนิษฐ์อร วชิรสวัสดิ์ โทร. 0-2573-4592

โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท
SAMITIVEJ SUKUMVIT HOSPITAL
www.samitivejhospitals.com
133 สุขุมวิท 49 แขวงคลองตันเหนือ เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110 โทร. 0-2711-8181, 0-2392-0011 แฟกซ์: (66) 0-2391-1290
133 SUKHUMVIT 49, KLONGTAN NUA, VADHANA, BANGKOK 10110, THAILAND. TEL. 0-2711-8181, 0-2392-0011 FAX: (66) 0-2391-1290

ที่ สผ.343/2551 10 พฤศจิกายน 2551

เรื่อง ตอบรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตามที่ท่านได้มีความประสงค์ขอให้นางนิษฐ์อร วชิรสวัสดิ์ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นำเสนอผลงานวิจัยเรื่อง "ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงแบบทีแคบต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพและอัตราการเกิดความผิดพลาดทางการพยาบาล" เพื่อพิจารณาจริยธรรมการวิจัยนั้น โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท ยินดีตอบรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในหัวข้อดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายแพทย์โชคชัย จารุศิริพิพัฒน์)
รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท

สำนักกรรมการผู้จัดการ
โทร. 0-2711-8626

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ 2184

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

30 ตุลาคม 2551

เรื่อง ขอเรียนเชิญท่านและขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมิติเวชสุขุมวิท

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางนิษฐ์อร วชิรสวัสดิ์ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงแบบทีแคบต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพและอัตราการเกิดความผิดพลาดทางการพยาบาล" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชุกูล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่าน และนางอัจฉรา คงกิตติมากุล ผู้จัดการฝ่ายการพยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านและโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

แพทย์หญิงสมศิริ สกลสัตยาทร
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท
10 NOV 2008

สำเนาเรียน นางอัจฉรา คงกิตติมากุล
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชุกูล โทร. 0-2218-9822
ชื่อนิสิต นางนิษฐ์อร วชิรสวัสดิ์ โทร. 0-2573-4592

- 7 NOV 2008

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

ตุลาคม 2551

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางนิษฐ์อร วชิรสวัสดิ์ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงแบบทีแคบต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพและอัตราการเกิดความผิดพลาดทางการพยาบาล" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชุกูล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ดร. สมสมัย สุธีรศานต์ หัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน ดร. สมสมัย สุธีรศานต์
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชุกูล โทร. 0-2218-9822
ชื่อนิสิต นางนิษฐ์อร วชิรสวัสดิ์ โทร. 0-2573-4592

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

ตุลาคม 2551

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางนิษฐ์อร วชิรสวัสดิ์ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงแบบที่แคบต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพและอัตราการเกิดความผิดพลาดทางการพยาบาล" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชุกูล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ พันตรีหญิง ธมนพัชร์ สิมากร หัวหน้าสำนักงานวิชาการกองออร์โธปิดิกส์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ น.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน พันตรีหญิง ธมนพัชร์ สิมากร
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชุกูล โทร. 0-2218-9822
ชื่อนิสิต นางนิษฐ์อร วชิรสวัสดิ์ โทร. 0-2573-4592

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ ๔๒๑๖

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๗ พฤศจิกายน 2551

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมิติเวชสุขุมวิท

เนื่องด้วย นางนิษฐ์อร วชิรสวัสดิ์ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงแบบทีแคบต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพและอัตราการเกิดความผิดพลาดทางการพยาบาล" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชุกูล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 30 คน โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ทั้งนี้นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางนิษฐ์อร วชิรสวัสดิ์ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

แพทย์หญิงสมสิริ สกลสัตยาทร
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท
21 NOV 2008

สำเนาเรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชุกูล โทร. 0-2218-9822
ชื่อนิสิต นางนิษฐ์อร วชิรสวัสดิ์ โทร. 0-2573-4592

19 NOV 2008

ภาคผนวก ค

โครงการจัดการอบรม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โครงการจัดการอบรมเรื่อง

“การปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง (Transforming Care At the Bedside)”

หลักการและเหตุผล

พยาบาลเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญยิ่งในการทำให้เกิดคุณภาพบริการในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง (Bedside care) ซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดโดยตรง เป็นการดูแลที่ทำให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วยเพราะการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงเป็นการดูแลที่ใช้หลักการบูรณาการสิ่งแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลร่วมกับการใช้ทักษะของพยาบาลในการเฝ้าระวังผู้ป่วยจึงทำให้เกิดการพัฒนาผลลัพธ์การดูแลที่มีคุณภาพและมีความสำคัญในการป้องกันการเกิดความผิดพลาด จากหลักการสำคัญของปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง ในปี 2003 สถาบันพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ (The Institute for Healthcare Improvement หรือ IHI) จึงได้ร่วมมือกับมูลนิธิ Robert Wood Johnson (The Robert Wood Johnson Foundation หรือ RWJF) ได้ทำการศึกษาร่วมกันในการปรับเปลี่ยนกระบวนการการทำงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมและพัฒนาเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงขึ้น ซึ่งแนวคิดนี้เรียกว่า Transforming Care At Bedside (TCAB) หรือการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง (TCAB) ซึ่งประกอบด้วยหลักการ 4 ประการคือ ความปลอดภัยและความน่าเชื่อถือ (Safety and reliability) ความสุขในการทำงานของทีมดูแล (Care team vitality) ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centeredness) และเพิ่มคุณค่าการดูแล (Increasing value) การปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงานตามหลักการนี้มีจุดเน้นที่ทำให้พยาบาลได้มีโอกาสดูแลผู้ป่วยข้างเตียงมากขึ้น ซึ่งก่อให้เกิดผลดีตามมาหลายประการคือ การพัฒนาคุณภาพการดูแลและการบริการผู้ป่วย ประสิทธิภาพของทีมเพิ่มมากขึ้น ความพึงพอใจในการทำงานและการคงอยู่ของบุคคลากรในหน่วยงานเพิ่มมากขึ้นและบุคลากรทำงานอย่างมีประสิทธิผลมากขึ้น ซึ่งในเวลาต่อมาโรงพยาบาลต่างๆ ทั่วโลกเริ่มนำแนวคิดนี้ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยต่างๆมากขึ้น (Rutherford, Lee and Greiner, 2004)

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจนำแนวคิด TCAB มาประยุกต์ใช้โดยนำมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท เพื่อเป็นแนวทางหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพการบริการการในดูแลผู้ป่วยให้ได้มาตรฐานอย่างต่อเนื่อง จึงได้จัดให้มีการอบรมบุคลากรเรื่องการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง หรือ Transforming Care At Bedside (TCAB) เพื่อให้บุคลากรมีความรู้และความเข้าใจที่ชัดเจนไปในทิศทางเดียวกัน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมได้รับความรู้ ความเข้าใจในการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง
2. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมสามารถกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานโดยใช้แนวทางการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง

ผู้รับผิดชอบโครงการ

นางนิษฐ์อร วชิรสวัสดิ์ ภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษา ผศ. ดร. สุชาดา รัชชุกูล

ผู้เข้ารับการฝึกอบรม

พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท จำนวน 30 คน

ระยะเวลาการฝึกอบรม

ฝึกอบรมวันละ 6 ชั่วโมง คือตั้งแต่วันที่ 11-12 ธันวาคม 2551 เวลา 8.00-16.00 น.

สถานที่ฝึกอบรม

ห้องประชุมจัดเลี้ยง ชั้น 6 อาคาร 2 โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท

กิจกรรมการฝึกอบรม

บรรยายและกิจกรรมกลุ่ม เรื่อง “แนวทางการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงในหอผู้ป่วยวิกฤต”

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้เข้าอบรมได้รับความรู้ ความเข้าใจในการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง
2. ผู้เข้าอบรมสามารถกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานโดยใช้แนวทางการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงในหอผู้ป่วยวิกฤต

วิธีดำเนินการ

1. บรรยายเนื้อหาภาคทฤษฎี สลับการอภิปรายและซักถาม เพื่อให้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง
2. แบ่งกลุ่ม การระดมสมองเพื่อกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานโดยใช้แนวทางการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงในหอผู้ป่วยวิกฤต

เนื้อหาที่ใช้ในการอบรม

1. ความหมายของการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต
2. บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ
3. บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต
4. การจำแนกกิจกรรมการพยาบาล
5. การดูแลผู้ป่วยโดยตรงและการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง
6. การพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาล
7. ภาระงานทางการพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วย
8. ประวัติความเป็นมาและความหมายของ TCAB
9. หลักการสำคัญของ TCAB
10. วัตถุประสงค์ของ TCAB
11. พันธกิจของ TCAB
12. ผลลัพธ์ของ TCAB
13. แนวคิดของ TCAB
    13.1. ด้านความปลอดภัยและความน่าเชื่อถือ (Safety and reliability)
    13.2. ด้านส่งเสริมความสุขในการทำงานของทีมดูแล (Care team vitality)
    13.3. ด้านการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centeredness)
    13.4. ด้านเพิ่มคุณค่าการดูแล (Increasing value)

ประเมินผล

แบบประเมินผลการอบรม

งบประมาณ

1. คู่มือในการปฏิบัติการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง จำนวน 30 ชุด
2. อุปกรณ์เครื่องเขียน จำนวน 30 ชุด

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ง
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่างแผนการอบรมชุดที่ 1

เรื่อง	การดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตด้วยแนวคิดการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง
วิธีการอบรม	บรรยาย อภิปราย
วิทยากร	นางนิษฐ์อร วชิรสวัสดิ์
ผู้เข้ารับการอบรม	พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท จำนวน 30 คน
วันและเวลา	วันที่ 11 ธันวาคม 2551 เวลา 8.00 - 16.00 น.
สถานที่จัดอบรม	ห้องประชุมจัดเลี้ยง ชั้น 6 อาคาร 2 โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท
วัตถุประสงค์ทั่วไป	เพื่อให้ผู้รับการอบรมมีความรู้ความสามารถดังนี้ 1. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต ภาระงานของพยาบาล การดูแลผู้ป่วยข้างเตียง การให้การพยาบาลโดยตรงกับผู้ป่วยและแนวคิดแบบทีแคบ 2. ตระหนักถึงความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต 3. สามารถวิเคราะห์และจำแนกงานของพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณค่าออกจากงานที่ไม่มีคุณค่าได้อย่างเหมาะสม 4. สามารถนำความรู้และทักษะที่ได้จากการอบรมไปประยุกต์ใช้ในการกำหนดแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงในหอผู้ป่วยวิกฤตได้อย่างเหมาะสม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการอบรม	สื่อและอุปกรณ์	วิธีประเมินผล
นำเข้าสู่เนื้อหา	**บทนำ** พยาบาลวิชาชีพเป็นกำลังหลักสำคัญในระบบสุขภาพทั้งในการเสริมสร้างสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย การฟื้นฟูสภาพ ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต ท่ามกลางความเจริญก้าวหน้าทางด้านวิชาการและเทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว พยาบาลวิชาชีพ ซึ่งไม่เพียงแต่ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงเท่านั้นแต่ยังต้องรับผิดชอบในการประสานงานและจัดการเครื่องมือ เวชภัณฑ์ และสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยอีกด้วย	**ขั้นนำ** -วิทยากรนำเข้าสู่เนื้อหาการอบรมเพื่อให้ผู้เข้าอบรมทราบความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงและการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย	-Power point แสดงถึงบทบาทของพยาบาลในปัจจุบัน	
1. บอกความหมายของการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตได้ถูกต้อง	**เนื้อหา** <u>ความหมายของการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต</u> ผู้ป่วยวิกฤตเป็นผู้ป่วยที่เจ็บป่วยฉุกเฉิน มีภาวะล้มเหลวของอวัยวะสำคัญระบบใดระบบหนึ่งของร่างกาย หรือหลายๆระบบ เป็นผู้ที่มีภาวะเสี่ยงหรือมีปัญหาวิกฤตด้านร่างกายที่คุกคามกับชีวิต มีปัญหาซับซ้อนจำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังและการดูแลให้การพยาบาล	-วิทยากรสุ่มถามผู้เข้ารับการอบรม 2-3 คน หลังจากนั้นจึงอธิบายความหมายของการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (ใช้เวลาประมาณ 10 นาที)	-Power point ความหมายของการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต	-ผู้เข้ารับการอบรม บอกถึงความหมายของการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตได้ถูกต้อง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่างแผนการอบรมชุดที่ 2

เรื่อง	การดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตด้วยแนวคิดการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง
วิธีการอบรม	แบ่งกลุ่ม การระดมสมอง อภิปราย
วิทยากร	นางนิษฐ์อร วชิรสวัสดิ์
ผู้เข้ารับการอบรม	พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท จำนวน 30 คน
วันและเวลา	วันที่ 11 ธันวาคม 2551 เวลา 8.00-16.00 น.
สถานที่จัดอบรม	ห้องประชุมจัดเลี้ยง ชั้น 6 อาคาร 2 โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท
วัตถุประสงค์ทั่วไป	เพื่อให้ผู้รับการอบรมมีความรู้ความสามารถดังนี้ 1. สามารถนำแนวคิดทีแคบมาใช้ในการกำหนดแนวทางในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงในหอผู้ป่วยวิกฤต 2. สามารถนำแนวทางการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงไปใช้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตในสถานการณ์จริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการอบรม	สื่อและอุปกรณ์	วิธีประเมินผล
เมื่อจบการอบรมผู้เข้ารับการอบรมสามารถ 1. พัฒนาแนวทางการปฏิบัติงานโดยใช้แนวคิดของทีแคบได้	กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ กิจกรรมที่ 3 "พลิก 4 ด้าน" ประกอบด้วย กิจกรรมกลุ่มย่อย 4 กลุ่มได้แก่ 1. กิจกรรมกลุ่มที่ 1..... "Safety and reliability" 2. กิจกรรมกลุ่มที่ 2..... "Care team vitality" 3. กิจกรรมกลุ่มที่ 3..... "Patient-Centeredness" 4. กิจกรรมกลุ่มที่ 4..... "Increasing value"	ขั้นนำ - วิทยากรแบ่งผู้เข้ารับการอบรมเป็น 4 กลุ่มๆ ละ 7-8 คน - ให้ตัวแทนแต่ละกลุ่มจับฉลากเพื่อรับหมายเลขกลุ่มย่อย - แจกกระดาษ A4 ให้กลุ่มละ 10 แผ่น พร้อมดินสอให้กลุ่มละ 1 แท่ง - วิทยากรชี้แจงให้ทุกกลุ่มทราบ	-เครื่องฉายแผ่นใส -ปากกาเขียนแผ่นใส - แผ่นใส - กระดาษ A4 - ใบงานที่ 3 กิจกรรมที่ 3 - ดินสอ - ปากกาเขียนแผ่นใส	-จากการสังเกตุการมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการอบรม -ผู้เข้ารับการอบรมช่วยกันคิดระบบงานที่คิดว่าทำแล้วก่อให้เกิดผลลัพธ์ในแต่ละหัวข้อได้อย่างถูกต้อง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบบันทึกสถานการณ์การปฏิบัติตามแนวทางการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงของกลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่.....

1. ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับ

☐ ความปลอดภัยและความน่าเชื่อถือ ☐ ความสุขในการทำงานของทีมดูแล

☐ ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ☐ เพิ่มคุณค่าการดูแล

2. รายละเอียดปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น

2.1. ความปลอดภัยและความน่าเชื่อถือ

☐ โครงการความปลอดภัยใกล้ตัว ตั้งสติก่อนสตาร์ท.....

☐ โครงการสิ่งหนึ่ง สิ่งเดียวที่ต้องรักษา.....

2.2. ความสุขในการทำงานของทีมดูแล

☐ โครงการOpen heart….....

☐ โครงการเพื่อนช่วยเพื่อน.....

2.3. การยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

☐ โครงการป้ายสื่อสาร…หัวใจเดียวกัน .....

☐ โครงการรับใหม่…หัวใจ...ไม่ว้าเหว่……...

2.4. การเพิ่มคุณค่าการดูแล

☐ โครงการ Nurse’s note กึ่งสำเร็จรูป……

☐ โครงการโอมเพี้ยง หายไป.....

3. ความคิดเห็นของท่านต่อปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น.....

.....

.....

4. ความคิดเห็นของท่านต่อผลดีที่ได้รับ.....

.....

.....

แบบกำกับการทดลอง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย √ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริง โดยใส่เครื่องหมายลงในช่อง "ปฏิบัติ" เมื่อพบการปฏิบัติการพยาบาลแต่ละข้อรายการ และใส่เครื่องหมายลงในช่อง "ไม่ปฏิบัติ" เมื่อไม่พบการปฏิบัติการพยาบาล หากไม่พบการปฏิบัติเนื่องจากไม่มีสถานการณ์ที่จะปฏิบัติการพยาบาล กรุณาใส่เครื่องหมายลงในช่อง "ไม่มีสถานการณ์"

คนที่	ความปลอดภัยและความน่าเชื่อถือ						ความสุขในการทำงานของทีมดูแล						การยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง						การเพิ่มคุณค่าการดูแล						หมายเหตุ
	ความปลอดภัยใกล้ตัว ตั้งสติก่อนสตาร์ท			สิ่งหนึ่ง สิ่งเดียวที่ต้องรักษา			Open heart			เพื่อนช่วยเพื่อน			ป้ายสื่อสาร...หัวใจเดียวกัน			ป้ายสื่อสาร...หัวใจเดียวกัน			Nurse's note สิ่งสำเร็จรูป			โฉมเพื่อง หายไป			
	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ไม่มีสถานการณ์	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ไม่มีสถานการณ์	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ไม่มีสถานการณ์	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ไม่มีสถานการณ์	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ไม่มีสถานการณ์	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ไม่มีสถานการณ์	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ไม่มีสถานการณ์	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ไม่มีสถานการณ์	
1																									
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบบันทึกรายงานความผิดพลาดที่เกิดจากสายหรือท่อที่ต่อจากร่างกายเลื่อนหลุด

คำชี้แจง โปรดใส่จำนวนความผิดพลาดที่เกิดจากสายหรือท่อที่ต่อจากร่างกายเลื่อนหลุด สัปดาห์ที่.....

วันที่	จำนวนครั้งที่สายหรือท่อต่างๆ เลื่อนหลุด				รวม
	สายยางสำหรับให้อาหาร	ท่อสำหรับช่วยหายใจ	สายสวนต่างๆ ที่เข้าสู่ร่างกาย	สายหรือท่ออื่นๆ ที่ออกจากร่างกาย	

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบบันทึกรายงานความผิดพลาดที่เกิดจากการบริหารยาของพยาบาล

คำชี้แจง โปรดใส่จำนวนความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาให้ตรงกับประเภทของความคลาดเคลื่อน สัปดาห์ที่_____

วันที่	ความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยาของพยาบาล															รวม
	Drug allergy	Drug interaction	Preparation	Omission error	Wrong patients	Wrong dose error	Wrong drug error	Wrong route error	Wrong time error	Extra-dose error	Wrong rate of administration error	Wrong technique error	Wrong dosage-form error	Wrong document	Monitoring error	

หมายเหตุ

1. Drug allergy หมายถึง การให้ยาแก่ผู้ป่วยที่ทราบว่าแพ้ยา
2. Drug interaction หมายถึง การให้ยาที่มีหลักฐานชัดว่าจะเกิดปฏิกิริยาระหว่างกันของยา
3. Preparation หมายถึง การเตรียมยาทุกชนิด
4. Omission error หมายถึง การให้ยาไม่ครบ
5. Wrong patient หมายถึง การให้ยาผู้ป่วยผิดคน
6. Wrong dose error หมายถึง การให้ยาผิดขนาด
7. Wrong drug error หมายถึง การให้ยาผิดชนิด
8. Wrong route error หมายถึง การให้ยาผิดทาง
9. Wrong time error หมายถึง การให้ยาผิดเวลา
10. Extra-dose error หมายถึง การให้ยามากกว่าจำนวนครั้งที่กำหนดในแผนการรักษาของแพทย์
11. Wrong rate of administration error หมายถึง ความผิดพลาดที่เกิดจากการให้ยาในอัตราเร็วที่ผิด
12. Wrong technique error หมายถึง ความผิดพลาดที่เกิดจากการให้ยาผิดเทคนิค
13. Wrong dosage-form error หมายถึง ความผิดพลาดที่เกิดจากการให้ยาผิดรูปแบบยา
14. Wrong document หมายถึง ความความผิดพลาดที่เกิดจากการบันทึก
15. Monitoring error หมายถึง ความผิดพลาดที่เกิดจากการขาดการติดตามผลหรืออาการผิดปกติ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก จ

ประเมินผลการอบรม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบประเมินการอบรม

เรื่อง "การดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตด้วยแนวคิดการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง"

วันที่ 11-12 ธันวาคม 2551

ณ. ห้องประชุมจัดเลี้ยง ชั้น 6 อาคาร 2 โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท

รายการประเมิน	ความพึงพอใจของผู้เข้ารับการอบรม (N = 30)		
	$\overline{X}$	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
ด้านหลักสูตร	4.09	0.50	ดีมาก
เนื้อหาการฝึกอบรม	4.10	0.05	ดีมาก
สามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการปฏิบัติงาน	4.13	0.63	ดีมาก
เนื้อหาสาระสอดคล้องกับหัวข้อการบรรยาย	4.13	0.68	ดีมาก
เนื้อหาหลักสูตรเหมาะสมกับระยะเวลา	4.00	0.53	ดีมาก
ด้านวิทยากร	4.08	0.46	ดีมาก
ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ให้ผู้ฟังเข้าใจ	4.00	0.46	ดีมาก
มีเทคนิคและมีวิธีการฝึกอบรมที่ใช้ในการถ่ายทอด	3.93	0.58	ดีมาก
มีความพร้อมในการถ่ายทอด	4.00	0.53	ดีมาก
เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วม และซักถาม	4.40	0.56	ดีมาก
การตอบคำถามชัดเจน	4.03	0.49	ดีมาก
การรักษาเวลา	4.10	0.55	ดีมาก
ด้านความพร้อมและความเหมาะสมในด้านต่างๆ	3.89	0.54	ดีมาก
โสตทัศนูปกรณ์และเครื่องเสียง	3.90	0.55	ดีมาก
ห้องประชุมและรูปแบบการจัดที่นั่งอบรม	3.80	0.61	ดีมาก
เอกสารประกอบการอบรมมีเนื้อหาสมบูรณ์ ครบถ้วน	3.97	0.62	ดีมาก
ด้านผู้ประสานงานการอบรม	3.93	0.72	ดีมาก
การติดต่อประสานงานเพื่อการเข้าอบรม	4.00	0.79	ดีมาก
การบริการและอำนวยความสะดวกของเจ้าหน้าที่	3.87	0.73	ดีมาก
ความคุ้มค่าต่อการเข้ามาอบรมครั้งนี้			
คุ้มค่า	5.00	0.00	มากที่สุด
คะแนนเฉลี่ยรวมทุกด้าน	4.20	0.38	มากที่สุด

ข้อเสนอแนะและความคิดเห็นเพิ่มเติม

1. ควรมีกิจกรรมสันทนาการเพิ่ม เช่น กิจกรรมละลายพฤติกรรมก่อนทำกิจกรรมกลุ่มร่วมกัน

2. บรรยากาศสนุกสนานดี

3. มีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันทั้งรุ่นพี่และรุ่นน้อง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ฉ

แบบสอบถามความพึงพอใจ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถาม

เรื่อง ความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ เป็นแบบสอบถามเพื่อประกอบวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพและอัตราการเกิดความผิดพลาดทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท” ซึ่งประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพจำนวน 21 ข้อ

โปรดอ่านคำอธิบายและคำแนะนำการตอบแบบสอบถามให้เข้าใจก่อนตอบแบบสอบถาม

1. ไม่ต้องเขียน ชื่อ-นามสกุล ของท่านลงในแบบสอบถาม
2. ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามข้อใดก็ได้
3. โปรดตอบแบบสอบถามให้ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด
4. แบบสอบถามชุดนี้เป็นการแสดงความคิดเห็นของท่านไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิดแต่อย่างใดทั้งสิ้น
5. ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านจะเป็นประโยชน์อย่างสูงในการทำวิจัยครั้งนี้
6. คำตอบของท่านทุกข้อจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ
7. ข้อมูลจะถูกนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์และผลการวิจัยที่ได้จากแบบสอบถามจะถูกนำเสนอในภาพรวมโดยไม่มีการระบุชื่อของท่าน

ขอแสดงความนับถือ

นิษฐ์อร วชิรสวัสดิ์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย √ ลงในช่องว่าง ( ) และเติมข้อความตามความเป็นจริงในช่องว่างให้สมบูรณ์

1. ปัจจุบันท่านอายุ……ปี
2. สถานภาพสมรส
   - ( ) โสด
   - ( ) คู่
   - ( ) หม้าย หย่า
   - ( ) แยกกันอยู่
3. วุฒิการศึกษาสูงสุดของท่าน
   - ( ) ประกาศนียบัตร/วุฒิบัตร.....
   - ( ) ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า.....
   - ( ) ปริญญาโท สาขา.....
4. ประสบการณ์การทำงานด้านการพยาบาล.....ปี
5. ประสบการณ์การทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต.....ปี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 แบบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย √ ลงในช่องว่างที่ตรงกับระดับความเป็นจริงของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบดังนี้

5 = พอใจมากที่สุด หมายถึง ข้อความในรายการนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่านในระดับมากที่สุด (90-100%)

4 = พอใจมาก หมายถึง ข้อความในรายการนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่านในระดับมาก (75-89%)

3 = พอใจปานกลาง หมายถึง ข้อความในรายการนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่านในระดับปานกลาง (50-74%)

2= พอใจน้อย หมายถึง ข้อความในรายการนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่านในระดับน้อย (25-49%)

1 = พอใจน้อยที่สุด หมายถึง ข้อความในรายการนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่านในระดับน้อยที่สุด (0-24%)

ข้อที่	ความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ	ระดับความพึงพอใจ				
		1	2	3	4	5
1	ท่านสามารถกำหนดวิธีการทำงานในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตตามที่ได้รับมอบหมายได้อย่างอิสระ					
2	ท่านสามารถแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของผู้ป่วยวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ					
	.....					
	.....					
21	ท่านมีโอกาสแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยและครอบครัวกับทีมสุขภาพเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ					

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ช

ภาพแสดงกิจกรรมต่างๆในการทำการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บรรยากาศวันอบรม

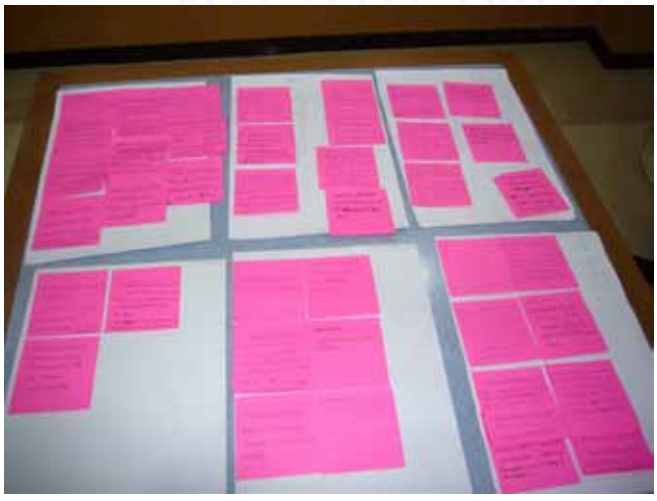
การบรรยาย

การทำกิจกรรมกลุ่ม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การทำกิจกรรมกลุ่ม

การแสดงความคิดเห็น



ความคิดเห็น

กิจกรรมต่างๆในระหว่างการนำแนวทางการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงไปปฏิบัติ

Morning brief ทุกเช้าโดย
ผู้จัดการแผนก

กล่องรับความคิดเห็น
โครงการ Open heart

ป้ายสื่อสาร หัวใจเดียวกัน

การประชุมกลุ่มย่อย
ทุกสัปดาห์

วันสรุปโครงการ

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางนิษฐ์อร วชิรสวัสดิ์ เกิดเมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2514 ที่จังหวัดเชียงใหม่ สำเร็จการศึกษาปริญญาตรี พยาบาลศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เมื่อปีการศึกษา 2536 และเข้าศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2549 ปัจจุบันดำรงตำแหน่งผู้จัดการแผนกผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท จังหวัดกรุงเทพมหานคร

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย